Dennis Cardoze

PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL

ORIENTACIÓN PARA DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA

ESTA ES UNA VERSIÓN DIGITAL DEL 2011 DEL LIBRO DEL MISMO TÍTULO QUE FUE PUBLICADO POR LA EDITORIAL UNIVERSITARIA DE PANAMÁ EN EL AÑO 2005 Y A LA CUAL SE LE HAN HECHO ALGUNAS MODIFICACIONES.

A Laura María, mi esposa
y Laura Jasmín, mi nieta.

CONTENIDO

Pagina

Introducción……3

LA PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA

I. El campo de la Psiquiatría Pediátrica……6
II. Las condiciones del desarrollo psicológico sano……. 9
III. La familia…… 23
IV. La escuela en la vida del niño y el adolescente……. 29
V. La sociedad……. 34

TRASTORNOS INFANTILES Y JUVENILES

I. El bajo rendimiento escolar…… 39
II. Los trastornos hipercinéticos…… 50
III. Los trastornos de la conducta…….. 62
IV. Los trastornos emocionales…….. 79
V. EL AUTISMO INFANTIL……..... 99
VI. Los trastornos del habla y el lenguaje…… …..... 104
VII. Los niños con Discapacidad Intelectual…… 107
VIII. Los tics y el Síndrome de Gilles de la Tourette……. 114
IX. Las psicosis infantiles y del adolescente…… 117
X. La adolescente con anorexia nerviosa y bulimia……. 123
XI. El estudiante consumidor de drogas……... 127
XII. El niño con conductas sexuales precoces……... 131

LOS TRATAMIENTOS EN PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

I. Los medicamentos…… 134
II. Los tratamientos no farmacológicos…… 139
III. Los métodos de modificación de la conducta…….. 142

ANEXOS
Declaración de los derechos del niño……. 149
Declaración de los derechos humanos y de la salud mental……. 151
Ley Nº 42 por la cual se establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad …….. 154

BIBLIOGRAFÍA…… 155

INTRODUCCIÓN

Como indica el título de este libro, sus destinatarios son principalmente los maestros, abarcando con este calificativo a todos los educadores de niños y adolescentes tanto de nivel preescolar como básico y superior, además de todos los que se dedican a trabajar con niños especiales y en otras actividades extracurriculares (académicas, deportivas o sociales). No es pues una obra para profesionales de la salud mental ni tampoco un libro de texto para estudiantes de Medicina o Psicología, aunque sí será de utilidad para estudiantes de las carreras que se imparten en las Facultades de Educación. No obstante, siendo un libro un transmisor de conocimientos abierto a todo el que lo quiera leer, podría también de alguna manera serle útil a los padres de familia y todo el que se interese por la salud mental de los menores de edad.

El trabajo incesante durante casi tres décadas en el área de la Pediatría primero y en el de la Psiquiatría infantil y juvenil después, me obliga a compartir los conocimientos y la experiencia adquirida con aquellas personas no especializadas, pero que por razón de su quehacer diario confrontan siempre los problemas mentales y del comportamiento de la población pediátrica como los educadores. La formación de los profesionales de la Pedagogía adolece de una adecuada preparación para trabajar con esos problemas, siendo esta insuficiencia en sus conocimientos lo que les hace más ardua su tarea educativa y sentirse menos seguros y efectivos en el manejo de los estudiantes difíciles o con trastornos psicológicos.

Muchos conflictos que surgen entre educadores y estudiantes, entre aquéllos y los padres de éstos, así como el agravamiento de trastorno mentales y del comportamiento que ya presentan algunos estudiantes, o incluso la aparición por primera vez de esos trastornos, podría evitarse en gran medida si los educadores adquirieran más conocimientos sobre psicología y psicopatología de niños y adolescentes. Por supuesto que no se trata hacer de los maestros y profesores especialistas en esas materias, suficiente tienen con serlo en el campo de la Educación. La intención es llenar el vacío que casi todos ellos sienten en cuanto a saber por qué hay jóvenes con problemas y qué pueden hacer para ayudarlos en su relación diaria con ellos.

Todo psiquiatra que trata niños, igual que otros profesionales que se dedican a pacientes menores de edad como pediatras psicólogos pediátricos, han tenido la experiencia repetida que se les solicite información de parte del personal de las escuelas sobre qué hacer con un niño determinado que presenta mala conducta, bajo rendimiento, pobre integración al grupo, trastornos emocionales o problemas de índole familiar. Es una petición casi cotidiana que lamentablemente no siempre se logra satisfacer por razones diversas ajenas a la de los profesionales a quienes se les pide la información. En el capítulo sobre psicoterapias aludimos a algunas de estas razones.

Quiero creer que la existencia de un libro como éste podrá paliar esa deficiencia en la comunicación entre educadores profesionales de la salud mental, aunque sin pretender que el contacto personal para la enseñanza sobre el manejo de los problemas que aquí se tratan pueda ser sustituido del todo. Un libro siempre es un instrumento que se puede consultar cuantas veces se quiera y en ese sentido constituye un complemento a la información que se adquiere en seminarios, conferencias o reuniones presenciales con los especialistas.

Por otra parte, obras de este tipo tienen grandes limitaciones y una de ellas es la de no poder dar respuestas a situaciones muy concretas y particulares de cada caso. No se trata de recetas sino de orientaciones generales que deben servir de guía. Otro aspecto que podría considerarse una limitación es que buena parte del contenido es de autoría propia y puede no concordar con lo que piensen o recomienden otros autores. La experiencia y los criterios

profesionales de cada psiquiatra pueden variar mucho, lo que no impide que se puedan escribir y publicar libros útiles donde cada autor exponga su visión y su bagaje de experiencias clínicas. Toca al lector juzgar sobre el impacto que cada obra escrita llegue a tener en el ejercicio de su trabajo y en su vida en general.

En la descripción de los cuadros clínicos y de algunos otros aspectos, como en toda publicación científica o técnica, hay que basarse en lo aceptado por la comunidad de especialistas expuesto en publicaciones anteriores, pues no se trata de redescubrir lo ya sabido ni de cambiar lo que se basa en hechos comprobados desde hace mucho tiempo. Así, es necesario recurrir a una bibliografía básica de apoyo como en efecto así lo hacemos en este libro. Sin embargo, dada la naturaleza de la población a la que se destina, no se ha abusado de la utilización de fuentes bibliográficas ni se ha seguido la costumbre de citar nombres de autores o referencias en sus páginas. En este sentido, se trata de un libro de carácter más personal redactado en una forma sencilla, sin abrumar al lector con citas, muchos tecnicismos (salvo lo imprescindible), y sin extenderse en los temas más allá de lo que pueda interesar para los propósitos de la obra.

En la primera parte, tratamos de dar una visión panorámica del campo de acción de la Psiquiatría de niños y adolescentes, habida cuenta de que existe algo de confusión al respecto, se necesita partir de allí para poder entender lo que hacemos los especialistas en esta área de la Medicina y eliminar los prejuicios que existen alrededor de ella. Se continúa con las condiciones para un desarrollo psicológico sano y que constituyen la base para poder comprender mejor las patologías. Finalmente, se tocan temas relacionados con los factores de tipo familiar, escolar y social que pueden influir en ese desarrollo en forma positiva o perjudicial.

En la segunda parte, se pasa a describir los trastornos mentales y de la conducta que puedan interesar a los educadores por ser los que tendrán que afrontar en la escuela. Conocer en qué consisten cada uno de estos síndromes clínicos, en qué se diferencian de otros, cómo se tratan y qué se puede hacer en la escuela para ayudar a los estudiantes que los presentan, es el objetivo de esta sección del libro. No capacita a nadie para atreverse a hacer diagnósticos y se debe tener cuidado de no intentarlo ya que para eso es necesaria una formación especializada muy larga, pero sí permite estar mejor orientado y no cometer errores groseros por falta de información. Siempre queda la posibilidad de que el educador que quiera, se sienta con el tiempo suficiente y una formación básica previa en Psicología o Biología, pueda profundizar la información sobre psicopatología en libros más especializados.

En la tercera parte se resumen los tratamientos farmacológicos psicológicos que se aplican en Psiquiatría de niños y adolescentes, tanto por los médicos como por otros profesionales que laboran en el campo de la psicopatología pediátrica. Los educadores necesitan familiarizarse con los nombres de los medicamentos que se suelen administrar a sus alumnos con problemas de la conducta o mentales porque forman parte de sus experiencias diarias. De la misma manera que están familiarizados con fármacos de uso común como la aspirina, los antiácidos para los problemas gástricos, ciertos tranquilizantes de origen vegetal como el tilo, la manzanilla, la valeriana, y con algunos antibióticos como las penicilinas, no debe haber ningún temor o inconveniente que conozcan sobre los psicofármacos: sus nombres, para cuáles enfermedades se utilizan y qué efectos adversos pueden esperarse de ellos. Esto último sobre todo, los hará más cautos cuando piensen en la necesidad de un medicamento de estas clases para algunos de sus estudiantes. Las terapias no farmacológicas les darán una idea de la variedad de formas de tratamiento que se aplican en nuestra especialidad.

El tercer capítulo de esta parte está dedicado exclusivamente a las técnicas de modificación de conducta que todo maestro debe conocer y si es posible dominar en sus aspectos básicos por la utilidad que han demostrado en la educación.

Finalmente, en el apéndice se exponen dos declaraciones importantes relacionadas con los derechos de los niños y de los enfermos mentales, además de una parte de la Ley sobre oportunidades de las personas discapacitadas.
Espero que este libro cumpla su cometido propuesto y que sea bien acogido por la comunidad educativa de nuestro país, y si es posible, de otras latitudes.

LA PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA

I

EL CAMPO DE LA PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA

El conocimiento de la naturaleza profesional del psiquiatra es algo que aún no está del todo claro para muchas personas, incluyendo aquellas con educación superior. Lo más común es que se piense que al psiquiatra se le consulta cuando se tiene una enfermedad mental grave, o cuando se requiere tomar algún medicamento tranquilizante. De hecho, todavía hay quienes se ofenden si su médico de cabecera o un pariente les recomienda ir a una consulta con un especialista en este campo, y reclaman diciendo que no están locos. Si la referencia es para ir a un psicólogo suelen tomarlo con menos enfado, pero también hay quien la rechaza. Igualmente sucede en el caso de la Psiquiatría pediátrica, aunque actualmente las consultas de esta especialidad estén más solicitadas, pues no quiere decir que los padres de los niños que acuden a ellas sepan bien lo que abarca el quehacer de estos facultativos, así como la diferencia entre ellos y el psicólogo. De hecho, es común que se refieran al psiquiatra de niños como el psicólogo. En este mismo sentido, no es raro que los adolescentes se rebelen cuando sus padres deciden llevarlos a una cita con el psiquiatra por el mismo tabú de la locura.

Es más, locura para los que así piensan es sinónimo de cualquier trastorno psicológico como las crisis de ansiedad, las depresiones, los problemas de personalidad y otros. Y es que lo psiquiátrico sigue generando temor y desconfianza; continúa marcado por el misterio y hasta por la demonología en algunos sectores de población muy influenciados por formas mágico-primitivas de pensamiento. No es de extrañar que en estos grupos sociales se acuda al curandero religioso o al sacerdote exorcista para curar alteraciones nerviosas, sobre todo las que se muestran con síntomas extraños o dramáticos, y que son atribuidos a toda clase de espíritus malignos. La mayoría de estos casos acaban en los hospitales o en los consultorios médicos, y si alguno se mejora, temporalmente, es por el poder de sugestión de estas "curas" o "liberaciones", principalmente cuando se trata de personas con manifestaciones histéricas.

La Medicina actual tiende a ser más preventiva y educativa que curativa, y la especialidad que nos ocupa ahora no puede marginarse de esta tendencia, por lo que la labor del profesional médico de la salud mental no debe entenderse en los términos antes citados, sino en esta otra dirección moderna. Así, el psiquiatra de niños y adolescentes debe trabajar educando para propiciar la salud mental en estos grupos de edad de la población, además de curar o mejorar a

los que padecen ya de un trastorno psicopatológico. Ya no se le debe relegar a los estrechos límites de la acción terapéutica de las enfermedades.

En base a este concepto, podemos definir a la Psiquiatría pediátrica como *"la rama de la Medicina que se ocupa de la prevención, el estudio, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento".* Incluir la actividad preventiva no implica que sea prerrogativa exclusiva de ella, pues también compete a profesionales como los psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y otros. Pero quienes están más preparados en cuanto al conocimiento de la patología son los que más pueden decir al respecto, como acontece en los diversos campos de la salud. Son los oncólogos, los cardiólogos, los dermatólogos, por ejemplo, quienes más pueden saber sobre cómo prevenir las enfermedades cancerosas, cardio-vasculares o de la piel respectivamente, y por eso cada vez más estos expertos tratan de educar al público a través de los medios de divulgación como las revistas, la radio, los periódicos y la televisión.

Quien se entrena para trabajar en el campo de la salud infantil debe estar versado en el desarrollo físico y psicológico, pues tiene que partir de lo que se acepta como normal, de lo sano, para poder comprender lo patológico. Sin esta previsión de lo normal se es proclive a diagnosticar trastornos o enfermedades donde muchas veces lo que hay es una crisis de desarrollo, o conductas comunes a ciertas etapas de la vida del niño o el adolescente, con las consecuencias que estos errores traen consigo. Y al hablar de lo normal, damos por entendido que se trata de un terreno amplio y supeditado a variaciones históricas y culturales, pero con puntos de referencia establecidos universalmente y que rigen el proceso de crecimiento de todo individuo humano.

Por tanto, el psiquiatra pediatra tiene una instrucción en la que además de los conocimientos médicos incluye los del desarrollo psicológico del niño hasta el final de la adolescencia. Medicina y Psicología Evolutiva, dos pilares de la formación necesaria del psiquiatra de jóvenes, y dentro del primero, Psiquiatría y Pediatría como experiencia básica. En nuestro medio, la carrera para aspirar a este título dura de trece a catorce años abarcando en ellos seis en una Facultad de Medicina, dos de prácticas o internado y cinco a seis de especialidad y subespecialidad. Largo proceso en el que se forja y se agudiza el criterio clínico en contacto constante con las patologías humanas y el sufrimiento que acarrean, y que se prolonga en un aprendizaje continuo, no exento, como toda empresa humana, de contrariedades y errores.

Con esta preparación teórico-práctica, el psiquiatra de niños y adolescentes debe estar en condición de tratar asuntos que van desde el asesoramiento para una adecuada crianza, la orientación familiar, consejos para mejorar los hábitos de estudio, el diagnóstico de las dificultades del aprendizaje, hasta los problemas del comportamiento y las enfermedades mentales. Este entrenamiento lo capacita además para la psicoterapia en una o más de sus modalidades y para la psicofarmacoterapia. Su conocimiento de la medicina le permite sospechar y reconocer la influencia que puedan tener los procesos orgánicos patológicos en las variadísimas formas de expresión psicopatológicas así como la de lo psicológico en la sintomatología orgánica, lo que le otorga una posición favorable sobre el clínico no médico y sobre el médico sin adiestramiento en Psiquiatría. No se trata de un especialista en todo, pero sí de uno con una percepción más amplia e integral, en este caso del niño o joven enfermo o con problemas psicológicos, siempre y cuando su aprendizaje haya sido el apropiado.

Por otra parte tiene interés y se adentra por necesidad de su trabajo en los problemas de la Pedagogía. Muchos casos que tiene que atender en su consultorio están relacionados de alguna manera con la vida escolar, como el bajo rendimiento académico, los problemas de conducta y la hiperactividad, los cambios emocionales suscitados por relaciones conflictivas con los docentes, las tensiones que se dan en el hogar con los padres y entre éstos por causa de las

calificaciones o de las quejas motivadas por la conducta, la incapacidad para lograr una integración adecuada a los compañeros, las fobias a la escuela, la ansiedad que genera el alcanzar un alto nivel de notas, la insatisfacción de los padres con el sistema educativo de determinados centros, lo concerniente a los métodos de inclusión o integración de niños con dificultades de aprendizaje o retardo intelectual. ¿Cómo no interesarse entonces por lo que sucede una vez que los niños inician su carrera escolar y por la necesidad de métodos educativos nuevos favorecedores de un desarrollo intelectual y emocional satisfactorio?

Desde nuestra atalaya podemos observar y estudiar lo que se produce en el sistema escolar desde las diferentes perspectivas: la del alumno, la de la familia y la de los maestros, lo que constituye otra ventaja evidente sobre quien solamente la puede atisbar parcialmente. Hay psiquiatras que se ocupan de los problemas educativos solamente en cuanto afectan a sus pacientes y cuando debido a esto hacen consultoría escolar; sin embargo, otros sienten además, el estímulo para profundizar en los métodos de enseñanza y aprendizaje en forma crítica lo que los lleva a solidarizarse con nuevos modelos de filosofía educativa, de lo que existe el antecedente de los médicos educadores como Itard, Seguin, Montessory, Claparede y Decroly, pioneros de la nueva pedagogía y de la educación especial.

En el terreno de lo psicopatológico, o por precisar, el de las enfermedades mentales y los trastornos del comportamiento en las que el psiquiatra de menores debe intervenir de alguna manera, ya sea diagnosticando y tratando, o solamente diagnosticando, hay una amplia variedad de entidades nosológicas que incluye:

- Trastornos mentales y del comportamiento debido a lesiones o disfunciones del cerebro o enfermedades somáticas.
- Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (drogas ilícitas, tabaco, alcohol, etc.).
- Trastornos psicóticos como la esquizofrenia y los trastornos psicóticos agudos y transitorios.
- Trastornos del humor como los episodios maníacos, los síndromes bipolares, los episodios depresivos.
- Trastornos neuróticos como los estados de ansiedad, las fobias, los trastornos obsesivo-compulsivos, las reacciones graves de estrés y los trastornos de adaptación, los disociativos (o antiguamente conocidos como histéricos), los somatomorfos (cuadros neuróticos con síntomas relacionados al cuerpo como la hipocondría y otros), la neurastenia.
- Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia, la anorexia nerviosa, la bulimia.
- Trastornos no orgánicos del sueño que incluye el sonambulismo, las pesadillas, los terrores nocturnos, el insomnio.
- Trastornos de la personalidad, ya incipientes en la adolescencia tardía.
- Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos como la piromanía, la tricotilomanía y la cleptomanía.
- Trastornos de la identidad, de la inclinación sexual y del comportamiento sexual.
- Retraso mental.
- Trastornos del desarrollo psicológico: del habla y el lenguaje, del aprendizaje escolar, de la psicomotricidad.
- Trastornos generalizados del desarrollo como el autismo infantil y síndromes similares.
- Trastornos hipercinéticos y de la atención.

- Trastornos disóciales (o de la conducta).
- Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia como la ansiedad de separación, la ansiedad fóbica, hipersensibilidad y rivalidad entre hermanos.
- Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia como el mutismo selectivo, el trastorno de vinculación reactivo y el desinhibido.
- Trastornos de tics que incluye el Síndrome de Gilles de la Tourette.
- Otros trastornos emocionales y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia como la enuresis y encopresis no orgánicas, estereotipias motoras, tartamudeo y farfulleo.

Esta lista dará una idea más completa al lector no especializado en salud mental de los problemas que debe atender el psiquiatra de niños y adolescentes, lo que suele hacer una veces solo y otras en una labor de equipo con el psicólogo clínico, la enfermera, la trabajadora social, terapeutas ocupacionales y del lenguaje, así como con expertos en otras ramas de la Medicina, según lo requieran los diferentes casos. En los siguientes capítulos se describirán los trastornos que más interés pueda tener para el maestro de escuela como para el educador que trata con niños especiales.

II

LAS CONDICIONES DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO SANO

Transitar por la niñez sin mayores problemas, o logrando superar los que puedan presentarse inevitablemente, para arribar a la mayoría de edad con una personalidad sana, es el objetivo de toda educación así como también de la psiquiatría de niños y adolescentes. No siempre se podrá lograr y algunos llegarán a la vida adulta siendo aún personas enfermas o con una estructura psicológica que los incapacita para afrontar satisfactoriamente los retos de la existencia.

Serán los que sufren de algún tipo de neurosis, los psicóticos, los psicópatas, los que viven profundamente marcados por las experiencias traumáticas pasadas, los individuos inestables y los incapacitados para cualquier actividad productiva. Las personas con enfermedades psiquiátricas o con trastornos de personalidad son más abundantes en todas las poblaciones que aquellas que padecen de enfermedades físicas sin mayor compromiso de lo emocional. Un estado de ansiedad o una depresión secundarias a un proceso morboso orgánico suelen ser frecuentes y comprensibles, más incluso en estos casos, cuenta mucho la capacidad psicológica premórbida, siendo los mejores dotados en este sentido quienes sobrellevan con fortaleza estas situaciones y otras que ponen a prueba el carácter como el duelo, los accidentes, catástrofes naturales, fracasos en las relaciones interpersonales o de índole profesional.

Es obvio que existen factores de naturaleza genética que determinan ciertas tendencias con más o menos fuerza, pero también se acepta que el ambiente y la educación tienen importancia en la formación de estructuras psicopatológicas, y esto parece ser más cierto cuando lo genético es menos determinante; y aunque éste haga irremediable la aparición de la enfermedad, siempre queda su atenuación y la habilitación en medio de un ambiente facilitador o de la acción

terapéutica. El fatalismo queda rechazado por la posibilidad de la prevención a niveles tanto primarios como secundarios y terciarios.

En algunos años el conocimiento que ya se tiene del genoma humano, podrá permitirnos prevenir la aparición de patologías hereditarias o congénitas mediante la ingeniería genética, lo que sería el equivalente de la erradicación de algunas enfermedades infecciosas por medio de las vacunas como lo fue el caso de la viruela hace unas décadas. No se trata de ciencia-ficción, sino de ciencia incipiente como lo atestiguan las clonaciones que ya son una realidad; y a pesar del rechazo de muchos estamentos religiosos y gubernamentales, no creo que se pueda evitar el que en poco tiempo la clonación humana sea un hecho al margen de las consideraciones morales. No estamos muy lejos, relativamente, de ver la respuesta a problemas como el síndrome de trisomía 21 o síndrome de Down, el síndrome de cri-du chat, del cromosoma X frágil y tantos otros de naturaleza genética. Al decir que no estamos muy alejados de estos avances de la ciencia, tomamos como referencia el tiempo que la humanidad ha debido esperar desde los inicios de su historia para conseguir otros progresos científicos y técnicos; lo que antes tomó siglos, ahora tomará algunas décadas como sucedió con otros inventos y descubrimientos que se sucedieron en forma vertiginosa en el siglo pasado, y con mayor celeridad en su última mitad después del inicio de la era atómica.

Pero los avances en materia de ciencia genética y médica no serán suficientes por sí solos para los objetivos de la educación y de los planes de salud mental si no se acompañan de progresos en estos campos de acción. Las condiciones para que los menores de edad disfruten de una vida más plena y feliz, para que de adultos continúen haciéndolo, deben darse en el marco de la vida familiar y social, incluyendo la escuela y los servicios de salud en esta última. Nuestras sociedades no se caracterizan por tener metas claras en este aspecto, siendo así que no hay concordancia entre la educación que se intenta en cada una de estas esferas.

Familia, escuela y sociedad se contradicen muchas veces con lo que en materia prevención y educación intentan los especialistas en salud mental, y si no se contradicen, al menos no se dan acciones más concertadas. Fuera de algunas campañas contra las drogas, el maltrato infantil o la violencia doméstica, o de algunas actividades aisladas realizadas en conjunto entre escuelas y servicios de salud, lo común es la ausencia de un plan general que involucre a la sociedad como totalidad. Las nuevas leyes para proteger a los menores y a la familia aunque no dejan de ser un avance, sirven más para la represión de infractores y en algunos casos para dividir familias más que para el logro de los objetivos que estamos tratando. La ignorancia en materia de desarrollo infanto-juvenil y de salud mental sigue prevaleciendo en la población, incluyendo además de los padres de familia, a gobernantes, legisladores, jueces, profesionales del Derecho de Familia y educadores en general. No se trata por supuesto de hacer de todas estas personas psiquiatras aficionados, pero sí de dotarlos de mayores conocimientos en esta materia para que sea más factible brindar a menores un plan de educación coherente a nivel macrosocial.

Los medios de comunicación social son un ejemplo de la contradicción entre estamentos sociales, especialmente las empresas de televisión y las que programan espectáculos para adolescentes, y cuyos fines son meramente comerciales dejando de lado sus responsabilidades en cuanto a educación les debe concernir.

Ser sano implica dos dimensiones, una interna, subjetiva, individual, que es la sensación de bienestar físico y mental acompañada de un sentimiento de conformidad con la vida que se lleva; y otra dimensión externa, social, que es la proyección satisfactoria del individuo hacia las demás, hacia la colectividad, que no percibe su conducta como desagradable o amenazante. Y en un plano que trasciende la cotidianeidad, en un nivel más filosófico, significa el alcanzar planos de conciencia más elevados, convertirse en espíritus libres no alienados por prejuicios, mitos, supersticiones y otros tantos errores de pensamiento en los que la humanidad ha vivido desde sus inicios.

No es el momento de entrar a describir las diferentes teorías filosóficas que han tratado el tema de la alienación del hombre ni sus propuestas, ni es necesario para todos que el concepto de lo sano se extienda a tanto, sobre todo para quienes no se cuestionan la existencia ni llegan a sentir más angustias que las que generan los problemas de la vida diaria; pero no deja de ser verdad que incluso estos tienen alguna relación con miedos ancestrales que seguirán mientras se mantengan las creencias erróneas que son fuente de los mismos. Escribió Schopenahuer que la vida de la mayoría de los hombres

> «*…es un deseo opaco y un tormento, un caminar vacilante y soñador a través de las cuatro edades de la vida hacia la muerte con el acompañamiento de los más triviales pensamientos. Podríamos comparar a los hombres con relojes a los que se da cuerda y andan sin saber por qué; y cada vez que un hombre es engendrado o nacido, el reloj tiene cuerda de nuevo para repetir al pie de la letra la sonata ya tocada tantas veces, compás por compás, con insignificantes variaciones*».

Es la existencia prosaica de la mayoría del género humano, vida vulgar en la que sin embargo, puede darse el sentimiento de estar sano en esas dos dimensiones que mencionamos, pero por ignorar, como el hombre de la caverna de Platón, lo que hay fuera de ella, más allá de la oscuridad y de lo que captan los sentidos. En ninguna especialidad de la Medicina se puede ver mejor la relación de la vida trivial, oscilante entre el dolor y el aburrimiento, condicionada por la ignorancia y las tradiciones plagadas de fábulas y temores, con la patología. Si el mundo quiere progresar es necesario que no nos conformemos con concebir la salud como la ausencia del malestar físico y mental y la adaptación «normal» a la vida en sociedad, sino que debemos educar para liberar, para trascender, para desarrollar el espíritu y el intelecto.

Aquí se aprecia más claramente el nexo entre educación y salud mental; entre sociedad y Psiquiatría. Ésta no puede pretender actuar suspendida en un vacío, limitada a la esfera aislada de la relación médico-paciente, o médico-familia en el caso de la Psiquiatría pediátrica; cuando más tocando tangencialmente los aspectos antropológicos y sociológicos que condicionan la experiencia vital y los modos de pensamiento, para poder encontrar algunas explicaciones que hagan más entendible las manifestaciones psicopatológicas. Debe asumir un rol más activo luchando contra la enajenación mental en todas sus formas, ayudando al hombre desde sus edades tempranas a establecer las bases firmes de un pensamiento crítico y libre, que le permita a su vez crecer sin esos temores atávicos colectivos que lo angustian innecesariamente, y a desligarse de pasiones irracionales; educándolo para que no sea esclavo de necesidades artificiales y convencionalismos; para que desarrolle una vida interior que sea su recurso hacia una vida más feliz, dependiendo menos de los avatares externos.

Naturalmente que esta labor no la puede llevar a cabo un psiquiatra que se encuentre inmerso de lleno en esa existencia de mecanismo de reloj que decía Schopenahuer y, por tanto, ejerza su tarea con la misma mentalidad del cirujano que abre, extirpa y cierra, o del infectólogo que aplica un tratamiento con antibióticos y culmina su labor al desaparecer los gérmenes que causaban la dolencia. Ellos no tratan con el ser humano como totalidad, como sujeto pensante y social, su acción es técnica, aunque muchas veces, es verdad, con una actitud comprensiva y afectiva, pero más como un gesto que facilita una mejor disposición del paciente hacia su enfermedad y hacia el acto médico, más no con una finalidad educativa para hacer de él un ser más libre. Puede liberarse del tumor, del apéndice inflamado, de los microorganismos patógenos, lo cual indudablemente le permite alejar el dolor físico y el malestar psicológico que suelen llevar aparejado estas enfermedades pero no lo libera de más. Le puede haber retardado el momento de la muerte, pero para continuar atrapado en una existencia alienada aunque no sea consciente de ello. Es sano en lo referente a lo que se entiende por tal según el primer concepto tratado más arriba.

Queda claro que nuestro concepto de salud mental es más amplio del que se tiene normalmente y que se limita a prevenir, eliminar, mejorar o aliviar un determinado trastorno psicológico en bien del paciente y de la sociedad. No se niega, por supuesto la validez de esta forma de concebir la salud mental, pero la enfermedad mental del hombre tiene raíces más profundas que se remontan a la génesis del pensamiento en el *homo sapiens* y lo han nutrido a lo largo de los siglos y las civilizaciones. El hombre de hoy es, en su gran mayoría, un ser que necesita educarse para liberarse de las muchas cadenas mentales que lo mantienen enajenado y llevando una vida no muy diferente de algunas especies animales como las hormigas o las abejas; o de una manera más compleja pero no esencialmente diferente de sus ancestros primitivos quienes también vivían constantemente atemorizados por lo desconocido, con un pensamiento animista y mágico, tiranizados por las supersticiones y creando toda clase de mitos y seres fabulosos; viviendo cada día para alimentarse, reproducirse, guerrear, y una vez satisfecho el deseo de comer y beber -parafraseando a Homero- danzar alrededor de la hoguera.

El tipo de enajenación a la que nos referimos es extraña al grupo social que la desconoce o no la toma como tal, a diferencia de las enfermedades mentales como las esquizofrenias y otras psicosis o neurosis cuyas manifestaciones se tienen como anormales, aunque podrían verse también como las formas extremas de un continuo que incapacitan en alguna manera a la persona en su desenvolvimiento social.

Los complicados rituales del enfermo obsesivo-compulsivo que tienen como finalidad disminuir la ansiedad, ¿no tienen semejanza con las conductas también ritualistas y los tabúes con los que el hombre primitivo y los individuos muy religiosos intentan calmar la angustia y el miedo que sienten ante sus dioses? Las alucinaciones del esquizofrénico, ¿no son parecidas, aunque más vívidas, a las deformaciones sensoriales de la realidad que suelen tener muchas personas con visiones beatíficas? ¿A las de quienes creen haber visto seres mitológicos del folclore popular en un camino alejado o en medio de un bosque? ¿No es la común creencia en la posibilidad de manipular el destino de las personas por medio de conjuros, rezos o promesas a las divinidades, una forma más atenuada del delirio de control a distancia, como lo es el miedo intenso a sufrir castigos por el pecado, una paranoia aunque socialmente aceptada? ¿No son las guerras, muchas de ellas en el nombre de Dios, una excusa para dar rienda suelta a la agresividad reprimida y una conducta, al fin y al cabo, sociopática? ¿No es el fanatismo religioso, tan extendido en el mundo y en todas las religiones organizadas un delirio colectivo de grandeza y de persecución?

Una persona no catalogada como enfermo mental pero que rige casi toda su vida por las supersticiones, ¿se podría considerar sana? Y aquella otra que bajo la excusa de un motivo político o religioso somete a persecución a otros o comete genocidio, ¿es una persona mentalmente saludable? O aquella otra que para evitar que le sucedan males se aboca a una serie de actos de magia y ritos ¿es mentalmente sana solamente porque no exhibe síntomas que puedan ser considerados como propios de un trastorno mental por la Psiquiatría actual? Estos comportamientos son creencias, tradiciones populares o religiosas, se suele decir; deberes patrióticos, en el caso de las guerras y el genocidio. Personas algo extravagantes se dice en otros casos. No podemos extendernos más en estas consideraciones filosóficas sobre los diversos modos de enajenación mental que sufre la humanidad hoy día aparte de las estudiadas por la Psiquiatría tradicional, debiendo pasar ahora a las condiciones que deben darse para que los niños puedan gozar de mejor salud psicológica y de una vida más libre y productiva una vez que alcanzan su mayoría de edad.

Siendo el ser humano el producto de la interacción de lo biológico, y lo psicosocial, tenemos que considerar factores ligados a estos tres aspectos como condicionantes de la salud

mental en los niños. En cuanto a lo biológico, es importante, aunque no siempre determinante, que haya un normal desarrollo del sistema nervioso central desde el período embrionario. No nos es dable controlar todas las situaciones que pueden acaecer en esta etapa de la vida, como la transmisión hereditaria de tendencias o taras genéticas, las mutaciones de algunos genes, e infecciones virales subclínicas, pero, y mientras se llega el momento en el que la ingeniería genética aporte beneficios en este sentido, es necesario que los cuidados médicos prenatales adecuados se extiendan a la mayor cantidad posible de población, al igual que los esfuerzos para garantizar los partos en las mejores condiciones, ya que el nacimiento es otro momento crítico que puede generar complicaciones perjudiciales para la salud del niño como las lesiones por carencia de oxigenación, traumas y hemorragias cerebrales. Es inconcebible que todavía se sigan causando daños con secuelas neurológicas e intelectuales irreparables por atención deficiente, negligente o traumática del parto.

Las expectativas que los padres de un futuro niño tienen respecto a éste y la ilusión con que lo esperan durante el período de su gestación, quedan frustradas, y la vida del nuevo ser malograda en alguna manera por unos minutos de mala atención. La prevención de nacimientos muy prematuros, sobre todo en madres con antecedentes de riesgo es también de interés ya que, aunque la medicina de neonatos ha progresado muchísimo en relación a sus posibilidades de hace unos cuarenta o cincuenta años atrás, y ahora se logra salvar prematuros que en esas épocas morían indefectiblemente, no todos saldrán indemnes, padeciendo algunos posteriormente, merma en sus capacidades de aprendizaje, motoras, cognitivas y otras secuelas conductuales.

Sin embargo, los cuidados neonatales tampoco están garantizados para todo el que nace debido a que no todos los centros de salud tienen los especialistas necesarios, ni todas las poblaciones tienen acceso rápido a un centro de atención neonatológica bien equipado. Mientras más alejado se está de una de estas clínicas, más alta será la mortalidad y la morbilidad neonatal no atendida eficazmente, con el consiguiente aumento de las secuelas negativas para la salud física y mental de los neonatos que logran sobrevivir.

La intervención temprana, ya sea como estimulación en niños con desventajas sociales, y terapéutica en aquellos que presentan lento desarrollo psicomotor como secuela de los problemas de gestación y parto antes mencionados, o como síntoma de alguna patología congénita, es otra condición de importancia como prevención primaria en el primer caso y como secundaria en el segundo.

Como primaria en los niños con desventajas sociales o que viven en ambientes pobres de estímulos pues actúa antes de que se pueda establecer una patología o deficiencia; como secundaria en el segundo caso pues se ejerce una acción terapéutica en un niño que ya trae una discapacidad o una lesión con el fin de mejorar sus posibilidades. El diagnóstico temprano de estas discapacidades y de otras que pueden pasar durante meses o años como la hipoacusia, la visión deficiente, los síntomas del autismo infantil, del hipotiroidismo o de la disminución de las capacidades intelectuales, permite esta acción terapéutica temprana y un mejor pronóstico en muchos casos. Es precisamente en las clínicas de Neonatología y en los centros donde se da seguimiento a recién nacidos y lactantes, donde se puede llevar a cabo esta labor de detección e intervención precoces.

Asimismo, el buen cuidado pediátrico de las enfermedades en las primeros años de la vida, la prevención de accidentes caseros (caídas, intoxicaciones, quemaduras, trauma eléctrico, sofocación o ahogamiento, etc.) y de los malos tratos físicos, especialmente los que afectan el encéfalo como los golpes en el cráneo y las sacudidas bruscas de la cabeza, también evitan lo que podría ser causa de mala salud psicológica por daño a la integridad del sistema nervioso central.

Los programas de desarrollo infantil que existen en muchos centros de salud públicos así como los de seguimiento de niños con riesgo, son el marco ideal para una educación a los padres respecto al trato hacia sus hijos y las precauciones en cuanto a los accidentes en el hogar. Los niños con temperamento muy irritable, que dan malas noches y lloran mucho, igual que los que se muestran demasiado inquietos, son los que están más propensos al maltrato físico cuando tienen padres impacientes o también muy irritables. Igualmente son víctimas fáciles que rechazan la alimentación, o los que en alguna forma desesperan a esta clase de padres con poco control de sí mismos.

En relación a los factores físicos condicionantes de una buena salud mental quedan por mencionar las carencias intelectuales provocadas por la malnutrición, problema de carácter endémico en los países subdesarrollados y que es causa a su vez de discapacidad intelectual, generalmente de leve a moderada, pero de suficiente intensidad como para dificultar el normal aprendizaje escolar y la madurez emocional. Incluimos aquí también a los niños denominados limítrofes quienes sin tener, desde un punto de vista estadístico o de nomenclatura, un retardo propiamente, funciona mal en el desempeño escolar y en otros aspectos conductuales y emocionales. Una buena alimentación, garantizada por el Estado a las poblaciones infantiles carentes de ella, es pues una necesidad urgente y un ejemplo de causa de mala salud que puede prevenirse. Claro está que no bastaría con los comedores escolares o la distribución de alimentos para lactantes a las familias necesitadas, sino que debe complementarse con políticas económicas que eleven el nivel de vida de quienes están por debajo del mínimo suficiente en cuanto a ingresos.

En lo psicosocial las condiciones para el logro de una buena salud mental tiene que ver con las necesidades emocionales, afectivas y cognoscitivas del ser humano en desarrollo, necesidades que deberán satisfacerse en el seno de la familia, de la escuela y en su relación con los pares y que exponemos a continuación:

- De protección y seguridad.
- De trato afectivo.
- De aceptación y reconocimiento.
- De autoestima.
- De límites y disciplina.
- De autocontrol.
- De juego.
- De comunicación.
- De socialización y amistad.
- De independencia creciente.
- De instrucción.

Todo niño, por ser inexperto en los peligros potenciales a que puede estar expuesto requiere protección, la cual es casi total en sus primeros meses de vida para ir decreciendo a medida que se aproxima a la edad adulta. Esta protección debe proveerle de un sentimiento creciente de seguridad y de confianza en quienes lo tutelan y en su mundo. El tiempo le va enseñando a cuidarse y a ir adquiriendo prudencia en sus conductas de exploración, lo que también depende de la capacidad de aprender de las experiencias, variando en cada niño de acuerdo a su temperamento y nivel de madurez.

Por otra parte, el conocimiento progresivo de los peligros y la confusión entre fantasía y realidad, hace que vayan surgiendo en los niños pequeños los miedos, a los que contribuyen los adultos u otros niños mayores y actualmente, los medios de comunicación y las películas con cuentos terroríficos, además de sucesos atemorizantes que ocurren en el ámbito familiar, en la escuela y en el medio social inmediato, vivencias abrumadoras para la mente infantil, como las discusiones entre padres, la violencia intrafamiliar, la posibilidad de ruptura familiar de abandono, las enfermedades graves que obligan a uno de los

familiares a la hospitalización, accidentes o asaltos, etc. Estas experiencias impactarán en mayor o menor medida según sea el niño más o menos propenso a la ansiedad biológicamente.

Estas situaciones a las que toda persona está expuesta desde que inicia sus pasos en esta vida, deben servir para que el niño desarrolle durante su crecimiento el sentimiento de seguridad y de confianza que le capacite para poder afrontarlas a lo largo del resto de su existencia; para que el miedo y la inseguridad no afecten su salud mental. Esto se consigue si la protección que se le brinda en sus primeros años le transmite además seguridad y tranquilidad, y no se convierte en sobreprotección. La actitud sobreprotectora que consiste en una precaución exagerada, solamente logra infundir más ansiedad, desconfianza y temor. Es una actitud propia de adultos ansiosos que no han desarrollado ellos mismos esa confianza vital tan necesaria para andar por el mundo sin tanto sufrimiento. Quienes se supone deben ser los guías serenos y tranquilizadores del niño lo que hacen es transmitirle, contagiarle, su propia incertidumbre.

El trato afectivo se inicia quizá desde la etapa intrauterina al sentir el feto los latidos de su madre cuando ésta se encuentra relajada, y continúa inmediatamente después del parto cuando el neonato es colocado sobre el regazo de aquélla en un contacto íntimo piel a piel, y unas horas después con el inicio de la lactancia natural. El niño no se siente aún como algo separado, con individualidad propia, sino que aún forma una unión estrecha con el cuerpo de su progenitora. Este contacto sensitivo que debe prolongarse durante varios meses es indispensable para una buena adaptación del nuevo ser al mundo extrauterino, garantiza el mejor funcionamiento fisiológico y confiere un sentimiento precoz de seguridad.

Siempre y cuando no exista una condición patológica que produzca irritabilidad y molestias en el lactante, una atención pronta y frecuente a través del contacto físico con la madre ejerce un efecto relajante y pacificador en aquél, siendo además el paso inicial para que se establezca el apego tan necesario para una crianza armoniosa y sana. La piel no solamente es la barrera que protege nuestro interior de agentes nocivos y traumas, sino que además es el órgano por excelencia para el intercambio de afectos; en unos casos es protección, en otros es comunicación. Por medio del tacto afectivo, cariñoso, se suscitan estados placenteros y calmantes, pudiendo ir desde un estado de hasta el erotismo.

En cada etapa del crecimiento y desarrollo del niño, el contacto físico mantiene su naturaleza afectiva, pero llegando a la pubertad va adquiriendo el elemento erótico, lo que pudiera pasar antes de esa fase de la vida si se sobre estimula al niño y en regiones que inducen más fácilmente la erotización. Todas las personas, con raras excepciones, necesitan estas muestras de ternura a través de las caricias, los besos, abrazos, masajes y manoseo, no bastando los gestos y las palabras para sentirse amados por las personas de quienes más lo esperan: padres, familiares cercanos, novias, esposas o hijos. Se puede afirmar que la piel es el órgano del amor más que ningún otro, incluido el corazón que tantas veces se alude como símbolo de lo romántico, y por tanto es a través de ella que se deben dar las expresiones más directas de aquél, lo cual sucede en casi todas las especies animales, incluso entre animales y humanos.

El no vivir estas experiencias principalmente en los primeros años de la vida puede dejar una necesidad afectiva no resuelta, un vacío emocional, que se traduce muchas veces por conductas hurañas o una incapacidad para mostrar afectos. Son conocidos los estudios realizados a mediados del siglo pasado con niños lactantes abandonados en asilos que eran atendidos por personas diferentes, sin tener a una en particular con la que pudieran hacer apego. Estos niños padecían «hambre afectiva», al punto de extender los bracitos a cualquiera que se les acercara, y muchos, al no satisfacer esta necesidad, después de varias semanas caían en estados de apatía y tristeza.

También es frecuente, en familias donde hay más de un hijo, como algunos de ellos envidia y cela al hermano que muestra una conducta más sociable y afectuosa, y suele recibir mayor contacto físico con los padres y otros parientes. O el caso de la esposa que reclama al cónyuge que nunca le dispensa una caricia o un beso; o el del joven paciente que confiesa a su psiquiatra que durante su niñez nunca supo lo que era ser acariciado, abrazado o escuchado palabras tiernas de parte de sus padres lo que le quedó como un recuerdo traumático. No es infrecuente que esta carencia genere estados depresivos, de baja autoestima e incluso de agresividad en jóvenes y posteriormente en la adultez.

Dar muestras de cariño por medio del contacto físico aunque es la forma más importante para establecer un lazo afectivo, no siempre va en concordancia con disposiciones anímicas internas, no siempre conscientes, pues se dan casos en los que un hijo es rechazado o poco aceptado de parte de alguno de los padres, y las demostraciones físicas realmente intentan compensar este sentimiento o simplemente no son sinceras. Pero lo más común es que cuando un niño no es aceptado tampoco reciba muchas muestras de cariño a nivel corporal, y la relación con el padre rechazador se caracterice por exigencias estrictas de parte de éste, alegando que si lo hace así es porque lo quiere y desea educarlo bien. Este tipo de circunstancias se da en padres biológicos pero es quizá más frecuente en padres adoptivos o padrastros.

Cuando un niño frustra las expectativas que sobre él tenía alguno de los padres, o cuando no es el hijo propio, o simplemente cuando se tiene que convivir con un progenitor que no deseaba compartir su vida con hijos, es cuando se suceden estas situaciones de rechazo. Existen además padres perfeccionistas, insatisfechos muchas veces con sus propias vidas que ven en sus hijos o en algunos de ellos la forma de lograr ciertas metas, valorándolos entonces en base a sus éxitos escolares y en otras actividades deportivas o culturales. No aceptan que se les diga que solamente quieren a sus hijos por las satisfacciones que les puedan proporcionar a sus propios egos, pero es lo que sucede en realidad y lo que el niño en esta situación acaba por descubrir, al principio de manera intuitiva y luego más conscientemente.

Todo suele ir muy bien mientras el niño o el adolescente tengan éxito y sean él «orgullo» del padre perfeccionista, pero si fracasa alguna vez las reacciones de éste pueden ir desde la tristeza a la ira, de retirarle el habla al hijo «perdedor» hasta castigarlo o estar constantemente reprochándole. Algunos de los niños por no perder el amor y la aceptación de estos padres, se esfuerzan al máximo y parece que se dedican a vivir solamente para triunfar y contentarlos. Otros, al descubrir que sólo se les quiere o valora en la medida que cumplan con estas exigencias, se tornan rebeldes y empiezan a hacer lo contrario, a fallar y abandonar actividades que los padres consideraban importantes, iniciándose entonces una serie de conflictos que dejan más al desnudo la falta de aceptación del joven por sí mismo.

El niño y el adolescente esperan que se les quiera por su propio valor como personas y como hijos; que se les dé reconocimiento, el cual debe estar en función de lo que puede suponer para él yo del niño y no para el del padre; debe ser espontáneo y honesto, lo que además supone la solidaridad ante un eventual fracaso.

La percepción de una relación protectora, afectuosa y de aceptación por parte de sus padres y posteriormente de otras figuras de importancia en la vida del menor como los maestros, da a éste una sensación de adecuación que es la base de su autoestima. No colmar estas necesidades conduce a estados de autodepreciación que cada niño vivirá de acuerdo a su temperamento: unos con inclinación a lograr a toda costa expectativas irrazonables como una forma de compensar este sentimiento de devaluación personal; otros con tendencia al desánimo, estados depresivos de mayor o menor intensidad y poca confianza en sus propias capacidades; otros con comportamientos antisociales, individualmente o en grupos de rebeldes, ganando así atención y prestigio.

Es conocido que muchos delincuentes juveniles y niños con conductas muy negativas en las escuelas padecen de una baja autoestima. Los que sufren de algún tipo de discapacidad o de defectos anatómicos también sufren a menudo de baja autoestima (niños con trastornos en el aprendizaje, hiperactivos, con parálisis cerebral, con baja talla, con defectos del lenguaje, malformaciones, etc.), lo que hace necesario que reciban ayuda de sus familiares, maestros y profesionales de la salud, para que puedan alcanzar un nivel de autoconfianza y estima satisfactorio.

Por otro lado, una autoestima exagerada es propia de los niños y jóvenes sobrevalorados que no son capaces de un razonamiento autocrítico ni de sostener relaciones interpersonales en un plano de igualdad con sus pares, manteniendo por lo general una actitud sumamente competitiva y mucha frustración ante un mínimo revés en sus expectativas. Son niños que parecen estar siempre sobre un pedestal, pero que sufren una gran trauma al afrontar otras realidades una vez que abandonan la escuela para integrarse al mundo de los adultos. El niño debe crecer aprendiendo a valorarse adecuadamente pero también siendo consciente de sus capacidades y limitaciones, lo que no contradice el espíritu de superación constante. De esta manera podrá mantener una autoestima razonable.

El proceso de crianza y educación lleva aparejado el que el niño aprenda desde muy temprano y en forma progresiva, los límites a sus actividades y a sus deseos. Estos límites son mínimos en la etapa de la cuna, pero aumentan bruscamente cuando inicia sus primeros pasos y quiere deambular libremente descubriendo su mundo circundante y tocándolo todo, ya que es la forma en que se da el desarrollo de su inteligencia en este período. Su indefensión e ignorancia de los peligros que lo rodean y de la consecuencia de sus actos, obliga a los tutores a darle las primeras negativas. Se genera así el conflicto entre los deseos del menor y la autoridad de aquéllos, lo que puede ser la fuente de grandes problemas familiares si no se logra un balance durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo. El niño necesita ir ajustando sus aspiraciones en forma realista y los padres estableciendo los límites en forma flexible y proporcionada a la edad de aquél, pero también con decisión, sin vacilaciones ni mensajes contradictorios. El manejo paciente e inteligente de las reacciones temperamentales de los niños y posteriormente de los adolescentes, sin respuestas a su vez intempestivas, agresivas o irracionales, ejerciendo no obstante, una autoridad clara y firme, ayuda a aquéllos a ir aceptando y asimilando sus límites y sus obligaciones. La obediencia, que en un comienzo debe ser impuesta mientras el niño no alcance una capacidad cognoscitiva que le permita entender él por qué de lo que se le pide y el por qué no de lo que se le niega, tiene que ser lograda cada vez más por un acto de aceptación razonada.

El no poner límites claros a los jóvenes desde su infancia, ya sea por sentimiento excesivo, por negligencia o por incapacidad parental, da como resultado individuos que no son capaces de tolerar la más mínima frustración, que mantienen siempre la ilusión de que su voluntad es omnipotente y los demás deben estar siempre a su servicio. Esta actitud que es propia de niños muy pequeños, se sigue dando en sus años de escolar y adolescente, produciéndose un desequilibrio en su madurez emocional. Son los jóvenes inmaduros, comúnmente llamados malcriados, acostumbrados a obtener al final lo que quieren, aunque para ello tengan que llevar a los adultos a la desesperación.

La obediencia y el rendimiento escolar están para ellos en función de lo que puedan obtener a cambio; no es algo que se tenga como un deber necesario, sino como un medio para alcanzar un premio. Generalmente son personas muy egoístas, que |difícilmente comparten y suelen tratar de llevar siempre la voz cantante cuando están en grupo si son de carácter dominante. En el caso contrario, que sean de carácter tímido e inseguro, su comportamiento en casa, donde tienen confianza y se mueven a sus anchas, es tiránico, como de reyezuelo, pero fuera de ella son niños tranquillos y que evitan el contacto con los más activos y agresivos.

Son niños que sufren de lo que suelo llamar el Síndrome de Dr. Jekyll y Mr. Hyde, o también el del niño lobo, porque se transforman completamente en dos situaciones distintas, aunque en estos casos es al revés: la personalidad indeseable se da dentro del hogar. La contrapartida: el exceso de restricciones, la imposición autoritaria de normas, y las negativas constantes a los deseos de los hijos, lleva a éstos muy frecuentemente a posiciones indolentes, de pocas aspiraciones, al conformismo; a querer, otras veces, la huída del hogar que sienten como una cárcel. La huída puede darse en forma de intento de suicidio en los jóvenes, especialmente en las adolescentes.

Además de los límites a la conducta, la disciplina también es una costumbre que debe el niño internalizar tempranamente. Se trata en este caso de enseñarle a organizarse, a adquirir el sentido de la pertinencia de sus actos y a ser responsable. No se logra de una vez y puede tomar varios años que se consolide, pero también puede suceder que nunca se consiga por las mismas razones que aludíamos más arriba al hablar de la autoridad fallida. La disciplina no es sinónimo de castigos, y mucho menos de los corporales; es la enseñanza de un modo de vivir consecuente, eficaz y de acuerdo con las exigencias familiares y sociales. Tampoco se trata de un esquema rígido pues debe aplicarse también en forma flexible de acuerdo a las circunstancias de cada familia y de cada edad. Debe lograrse también por consenso y compromiso de parte del niño o joven. Naturalmente que habrá momentos en que el no cumplimiento de las normas aceptadas debe tener alguna consecuencia o castigo, pero éste deberá también ser razonable y comprendido por el que lo recibe, y nunca ofensivo o degradante.

Muy relacionado con el aprendizaje de los límites y de la disciplina está el del autocontrol. Saber cómo se debe reaccionar y responder a los eventos de la vida diaria, sobre todo en situaciones adversas, sin necesidad de controles externos, y la actitud madura que reprime los propios impulsos cuando no son convenientes, es una meta del desarrollo social del ser humano. Sin este autocontrol seríamos unos eternos niños, seres permanentemente inmaduros, y la convivencia sería caótica. Nuestro cerebro está en la capacidad de poner en funcionamiento mecanismos de control, de inhibición de conductas, pero debe ser entrenado. Cuando se daña esta cualidad cerebral como sucede en las personas que sufren algún tipo de demencia o de lesión traumática, se produce una desinhibición de conductas y reacciones de ira descontroladas.

En los niños las respuestas a la frustración son inicialmente muy aparatosas, comprometiendo a todo el organismo, pero con el tiempo adquiere formas más particularizadas, con gestos de enfado, actitudes hoscas o lenguaje violento, y si el proceso de maduración sigue por el curso normal esperado, al llegar a la mayoría de edad tiene que estar en condiciones de poder reaccionar de maneras mucho más discriminadas y oportunas. De lo contrario la persona sigue siendo impulsiva y con poco autocontrol por muchos años o por el resto de su vida. Aquí también cabe la respuesta firme de los padres o tutores a las rabietas o el descontrol de los niños, y dejar que aprendan a mitigar su furia por ellos mismos en la medida que van creciendo, pero a base de controlar sus emociones con la razón y no con conductas desaforadas o perjudiciales. Así pues, límites, disciplina y autocontrol son aspectos básicos de una buena crianza y la estructuración de una personalidad sana.

El juego es en las personas adultas un modo de entretenimiento y evasión, pero en el niño es la actividad natural: no existe niñez sin juego. Esto es así incluso en las crías de muchos mamíferos. La conducta lúdica es la forma básica del aprendizaje en las primeras edades sirviendo así para desarrollar las destrezas motoras, viso-espaciales, del lenguaje y también las capacidades cognoscitivas.

Los llamados juegos didácticos tan en boga hoy, son precisamente materiales diseñados para aprovechar el interés del niño por el juego y por medio de ellos dirigir más

planificadamente el desarrollo de aquellas habilidades. Pero, además, el juego tiene implicaciones sociales: es una especie de entrenamiento, mediante la fantasía, para la vida adulta, aunque también es un modo de incorporar el mundo de los mayores y controlarlo mediante la reproducción de aspectos y situaciones de la realidad, reviviendo hechos que son causa muchas veces de ansiedad y temores para los niños. Mediante el juego se practican comportamientos prosociales tales como el seguimiento de reglas, la aceptación de un determinado rol, la colaboración en equipo, soportar el fracaso, la preparación adecuada para una tarea colectiva, etc., lo que constituye un aprendizaje que ayuda también a reforzar otros ya mencionados como la disciplina y el autocontrol.

La tendencia al juego, no obstante su importancia, tiene que ir cediendo terreno progresivamente a las obligaciones (académicas, ocupaciones en el hogar, compromisos sociales y culturales), de modo que en la adolescencia tardía, ocupe una parte no predominante de la vida diaria. En la medida que se incrementan los deberes, debe ir disminuyendo el tiempo dedicado al juego sin que deba ni tenga que desaparecer del todo. Si se priva a un niño o un joven del juego, se le está mermando las posibilidades de beneficiarse de las enseñanzas que implica, pero además se le limita una tendencia natural y básica, lo que trae efectos perniciosos en su estado emocional y su vida social. La contrapartida sería el permitir que la actividad lúdica se prolongue demasiado en perjuicio de las académicas y otras, con lo que se retrasa la maduración y la adquisición de las responsabilidades.

La comunicación es la condición fundamental de todo grupo social y va desde formas muy rudimentarias como en los organismos inferiores hasta la más evolucionada y compleja de los humanos. Nos referiremos aquí especialmente a la comunicación en base al lenguaje hablado y escrito. Tanto es así que sin este sistema de símbolos verbales el desarrollo de la civilización hubiese sido imposible, y en todo caso estaríamos aún en un nivel similar al de los grandes simios.

Un ejemplo notorio de esto lo constituyen los casos de niños salvajes o selváticos criados por animales en la selva desde la lactancia, como el del niño selvático del Aveyron tratado por el doctor Itard a principios del siglo 19. Este niño, cuando fue encontrado por unos cazadores en 1799, tenía unos 11 años y solamente emitía sonidos uniformes y guturales, se hallaba desprovisto de todo recurso comunicativo, de expresividad, y su comportamiento era puramente animal. La ausencia de contacto con sus congéneres lo había deshumanizado, y a pesar de que llegó a vivir cuarenta años, sus progresos no fueron más allá del que logran los niños con niveles moderados de disfunción cognitiva, con un vocabulario escaso, lectura muy rudimentaria de algunas palabras y habilidades sociales muy básicas. Si este niño hubiese permanecido en el ambiente salvaje en compañía de otro de más edad, con un desarrollo mental y de lenguaje más avanzado, aunque estuvieran rodeados de otros animales, no se habría desnaturalizado. Sería un ser humano menos civilizado, más primitivo, pero un humano al fin y al cabo.

El proceso de humanización supone necesariamente la comunicación verbal y de transmisión de cultura por medio de ella. Es también un hecho conocido que en las sectores sociales menos preparados intelectualmente, la comunicación verbal es más pobre y, por tanto los niños que crecen en esos ambientes llevan mucha desventaja en este sentido, lo que se hace más evidente cuando ingresan a la escuela. He aquí la importancia de los programas de estimulación precoz en estas poblaciones y de la escolarización temprana (los niveles pre-escolares).

En otros casos nunca se da el lenguaje verbal, o se adquiere muy tarde y en forma deficiente como sucede frecuentemente en casos de niños con trastornos congénitos como la sordera, el autismo, el síndrome de Down, la afasia o disfasia de nacimiento, etc., lo cual les limita en gran medida las posibilidades de comunicación social y de desarrollo cognoscitivo.

Naturalmente que en estos casos también es de suma importancia una intervención temprana para estimular la capacidad lingüística.

A la importancia que tiene la comunicación verbal para la maduración cognoscitiva, la transmisión de conocimientos, de tradiciones y costumbres, se añade que es un medio para la expresión de afectos, para la resolución de conflictos o para la agresión interpersonal. La crianza de muchos niños se da en medio de ambientes donde la comunicación lleva siempre un signo marcadamente agresivo, crítico y carente de tonalidades afectivas. Generalmente se asocia con la falta de gestos cariñosos y actitudes punitivas frecuentes. Se suele gritar a menudo, a discutir en forma hostil; se recurre al insulto entre hermanos, entre padres y entre éstos y los hijos. La vida familiar en estos casos induce a la rebeldía, al lenguaje procaz y a la falta de respeto mutuo. Como consecuencia los niños desarrollan estilos de comunicación basados en actitudes defensivas y ofensivas. Pero además muchos quedan lastimados en su autoestima por la manera denigrante con la que sus padres o uno de ellos lo tratan verbalmente. Patrones similares de comunicación se repiten con mucha probabilidad en sus futuras relaciones familiares.

Existen también las familias donde la comunicación verbal es insustancial; no se acostumbra a escuchar elogios, expresiones verbales de afecto o conversaciones instructivas. El lenguaje es pobre y tiene un uso excesivamente pragmático; sólo sirve para comunicar asuntos de la vida diaria; es de carácter neutro y hasta fastidioso. Los jóvenes en estas situaciones evitan el hablar dentro de sus hogares y lo hacen más con los pares en la escuela o en la calle. Por supuesto, en estas condiciones no se elabora tampoco un lenguaje rico en vocablos y expresiones, lo que incide a su vez negativamente en el progreso de la capacidad formal, de abstracción, del pensamiento. La comunicación verbal como medio de demostrar aceptación y valoración, de enseñanza y motivación, así como para establecer, dialogando, los niveles y límites adecuados a los conflictos sería lo deseable para la autoestima, para una mayor competencia lingüística e intelectual y para lograr un adecuado modelo de funcionamiento familiar en los hijos.

El desarrollo de la personalidad requiere, además del aprendizaje en el entorno familiar, la proyección al exterior, hacia el mundo de los demás niños, de los pares. Estas experiencias sociales tempranas que se inician antes de la entrada a la escuela y continúan en ella, suponen otro escenario en el que el niño tiene que adaptarse a situaciones distintas a las que hasta ese momento había experimentado en la relación con los padres. Es una preparación para la vida social que debe afrontar de adulto y que consiste en:

- aceptación de un rol no centrado en sí mismo;
- cooperación para el logro de metas;
- cumplimiento de reglas impuestas por el grupo social; disposición a comprender el punto de vista de los demás;
- liderazgo;
- subordinación a un líder, más no sumisión;
- afirmación sana del yo en la interacción con el grupo;
- manejo de las dificultades como la no aceptación por una determinada persona o grupo;
- actitud empática ante las adversidades y sufrimientos de los demás;
- escogencia adecuada de las amistades;
- introyección de la lealtad como valor importante en las relaciones de amistad o de pertenencia a un grupo.

Este proceso de socialización que se inicia desde que el niño se interesa en la actividad de juego cooperativo con otros de su edad, si es una experiencia en general satisfactoria, ayuda al niño a acrecentar su autoconfianza y autoestima, además de fomentar la descentralización de las figuras parentales como fuente de apoyo y de satisfacción afectiva. Todavía hasta casi la pubertad, los padres siguen siendo el punto de referencia central a quienes se acude para protección y cuya autoridad aún se acepta, aunque muchas veces con cierta reticencia; pero con el inicio de la adolescencia, las amistades cobran mayor importancia situándose en un plano de privilegio en relación a los padres.

El joven o la joven adolescente generalmente deposita su confianza en sus amigos más íntimos con quienes suele compartir sus alegrías y frustraciones, aunque no es infrecuente que surjan tensiones y rupturas entre ellos ante lo que consideran en un momento dado una conducta desleal. Es en este período de la vida cuando la persona vive con más intensidad las relaciones interpersonales, en cantidad y calidad pero muy matizadas aún por actitudes inmaduras que algunas personas no llegan nunca a superar, aunque lo normal sería que estas vivencias un tanto tormentosas den paso a actitudes más serenas y pensadas en el adulto joven.

Las ausencias de casa más prolongadas, las largas conversaciones telefónicas o por Internet, los descuidos de los deberes y los «noviazgos» son causa muy frecuentes de peleas con los padres, quienes sienten que sus hijos adolescentes se les escapan de las manos, que ya no tienen confianza en ellos ni se comunican como antes; que se aíslan en sus habitaciones y ponen en tela de juicio su autoridad.

Muchos adultos no llegan a comprender adecuadamente esto y adoptan actitudes restrictivas y represivas que complican, innecesariamente, una situación por lo demás normal y necesaria como parte de las experiencias socializantes conducentes a la maduración de la personalidad. Más que restricciones (siempre algunas tendrán que darse) y castigos, es una actitud comprensiva, orientadora y de aceptación de la necesidad del adolescente de vivir por sí mismo como ensayo previo antes de ingresar al escenario de la vida adulta. Los padres sobreprotectores y los muy autoritarios pueden afectar el adecuado desarrollo de la personalidad del niño y el adolescente al interferir en estas experiencias extra familiares, privándolo de lograr las habilidades sociales antes mencionadas y patrocinando la aparición de trastornos emocionales en el niño con inseguridad, poca o ninguna autoconfianza, temor a la interacción con otras personas y a situaciones a las que no está acostumbrado; y en otros casos conductas de rebeldía o engaños para burlar las restricciones.

El proceso de crecimiento y desarrollo implica la adquisición de una capacidad de autonomía creciente; la crianza tiene como finalidad lograr un ser independiente, capaz de desenvolverse por sí mismo en su medio ambiente social y de ser una persona productiva, con la suficiente confianza para la consecución de metas y la solución de problemas; capaz de tomar decisiones después de analizar las situaciones y posibilidades que se le presentan. Esta autonomía debe darse tanto en el plano de la voluntad como en el de la acción, o sea independencia volitiva y ejecutiva, pero aprendiendo a supeditar lo que se desea con lo que en la realidad se puede.

Durante la niñez y parte de la adolescencia la voluntad muchas veces no se apoya en una adecuada capacidad de acción o de realización: se pueden hacer menos cosas de las que se desea. Existe una confianza desmedida en la posibilidad de ejecución basada en un conocimiento insuficiente de la realidad y de las propias limitaciones. En niños con discapacidad mental y otros trastornos psiquiátricos que afectan el sentido de realidad, esta falta de equilibrio entre la voluntad y la capacidad de logro es más acentuada y se prolonga más en el tiempo. En el individuo que madura normalmente, se debe llegar a un momento en la vida, que debe coincidir con el final de la adolescencia, en el que la voluntad se ajuste a las competencias y aptitudes reales, lo que significa un adecuado autoconocimiento alcanzado a través de la experiencia. La madurez en este sentido específico no siempre se consigue en la

adolescencia tardía o en la adultez temprana, pero su prolongación a lo largo de la vida adulta indica un importante defecto de maduración.

Desde que el niño empieza a deambular por sí solo se está ya dando una independencia ejecutiva incipiente, muy limitada, pero que con el tiempo se va acrecentando cuando, debido al avance en el desarrollo neuromotor, va siendo capaz de ejecutar otras actividades sin la ayuda del adulto, como comer, vestirse, bañarse, desempeñar labores domésticas sencillas, manipular aparatos como los electrodomésticos y computadoras, hacer llamadas telefónicas, realizar tareas escolares, etc. Cada padre y cada maestro debe conocer hasta dónde llega la capacidad actual de los niños bajo su cuidado para establecer los límites de lo que se le permite hacer aunque su voluntad los impulse a ir allende esas posibilidades, lo que les generará no pocas veces situaciones de frustración que les irán enseñando, poco a poco, cómo amoldarse a sus realidades.

Pero por otro lado, el no favorecer la independencia en estas actividades cotidianas propias de cada edad cuando el niño o el adolescente están listos para ello, es una actitud que constituye un freno en la maduración y da como resultado personas con bajo nivel de autoconfianza y muy dependientes. En esta cultura urbana es habitual que la independencia en los jóvenes se retrase debido a posturas sobreproteccionistas de los adultos, quienes suelen tratarlos como seres más inmaduros de lo que en realidad son: se les permite dormir con los padres, les dan biberones hasta los tres, cuatro o cinco años, les dan de comer incluso hasta edades más tardías, estudian con ellos hasta avanzada la secundaria, les hacen algunas tareas, piensan por ellos cuando ya son adolescentes, no les permiten opinar o tener sus propias gustos o inclinaciones, etc.

Es necesario pues, que los mayores patrocinen una independencia creciente en los menores que crían y educan a la vez que les van enseñando a adaptar su voluntad a las realidades, lo que no quiere decir que no pueden desarrollar sus habilidades para poder satisfacer sus motivaciones e intereses. Es decir, enseñarles que cuando se quiere lograr una meta que supone la superación personal en algún sentido, es necesario esforzarse para desarrollar las capacidades requeridas.

Se suele decir que la ignorancia es la madre de muchos vicios y desgraciadamente, en el mundo de hoy, del siglo XXI, millones de seres humamos viven sin una instrucción adecuada, analfabetas, incultos o con una tosca educación básica que apenas los capacita para leer, escribir o realizar operaciones aritméticas elementales. Por supuesto que la consecuencia es menor capacidad competitiva en una época muy tecnológica y exigente, y a su vez mayor miseria humana: pobreza extrema, menos capacidad para afrontar enfermedades cuando además la salud, física y mental, corre más peligro; aumento de la delincuencia especialmente juvenil; deserción escolar por falta de medios económicos; transmisión generacional de la pobreza cuando los hijos no disponen de las facilidades para superar la condición de los padres.

Hemos mencionado el caso más extremo de la falta de instrucción o de su insuficiencia, pero incluso en el caso de muchos otros millones de personas que asisten o asistieron a un centro escolar o universitario, la educación que recibieron no les llevó a elevar su condición humana o en lo que nos atañe en este libro, a ser personas con una concepción de la vida y un estilo existencial que favorezca la salud mental en ellas y con quienes conviven. Uno de los aspectos en los que más se nota la instrucción deficiente durante los años de juventud es en el concerniente a la vida familiar y a la preparación para las responsabilidades como padres. Otro es la inconsistente introyección de los valores sociales como el respeto a la vida, la simpatía, cortesía y solidaridad con el prójimo, la consideración hacia los animales no humanos, la tolerancia, el acatamiento de las leyes y del derecho de los demás, honorar la verdad, valorar más el tener que el ser, etc.

Podemos mencionar también como pecados de la educación de hoy, el pobre sentido estético que se manifiesta en la atracción por espectáculos degradantes (presentaciones musicales, cine, televisión, comediantes, etc.), el poco interés por la lectura, la pobre enseñanza de las Humanidades y del espíritu científico, un concepto equivocado del éxito y el enfoque utilitarista de la vida. Así, cuando nos referimos a la necesidad de instrucción como una de las condiciones para el desarrollo sano de los niños y jóvenes, estamos aludiendo a una educación que no confunda los medios con los fines y tenga como meta principal e inobjetable, la superación espiritual y ética de la humanidad.

Recapitulando, un joven, de inteligencia normal, que haya recibido este tipo de instrucción, que sea un individuo independiente, con una adecuada capacidad de relación social, con suficiente autoconfianza, autoestima y autocontrol, consciente de sus posibilidades y de sus limitaciones, es una persona mentalmente sana y productiva, incluso si padece de alguna discapacidad física.

Estas condiciones necesarias para un desarrollo psicológico y social saludable que hemos descrito en las páginas precedentes, tienen que darse, o irse creando, en tres escenarios principales en la vida del niño: la familia, la escuela y la sociedad. Es importante, entonces, conocer como en cada una de estas áreas pueden existir factores de riesgo para la salud mental y cómo deberían evitarse.

III

LA FAMILIA

La familia, ampliamente estudiada por la Antropología Cultural, la Sociología, la Psicología y la Psiquiatría desde perspectivas diferentes, es básica a la hora de comprender los factores que propician o malogran la salud mental de los menores. Es el núcleo íntimo donde se desarrollan las relaciones afectivas y las capacidades psicológicas y sociales del niño; el primer escenario de donde debe salir con las habilidades necesarias para afrontar el mundo externo, comenzando por la escuela y después la sociedad en general.

En su seno se inicia el aprendizaje del lenguaje, el desarrollo de la inteligencia y de las habilidades psicomotoras, las primeras experiencias, satisfactorias o frustrantes, de relaciones interpersonales (comenzando por la más primaria que es la relación con la madre), así como determinados patrones conductuales que servirán de base a las futuras relaciones sociales. Es donde el niño debe experimentar las vivencias que le permitirán adquirir en primera instancia las condiciones para una buena salud mental como las ya citadas y que se refieren a la seguridad, la autoestima, el autocontrol, la autodisciplina, la independencia, la percepción y el sentimiento de ser querido y aceptado, la disposición empática y la introyección de valores. Muchas de las actitudes que un individuo tiene hacia la vida, la familia, y hacia las demás personas, reflejan la influencia, consciente o inconsciente, de las formas de actuar y de pensar de sus padres o de quienes lo criaron.

Otras influencias posteriores como las recibidas durante la educación escolar y universitaria, o como producto de nuevas experiencia sociales, filosóficas o políticas pueden modificar, anular o revertir algunas de esos conceptos o actitudes aprendidas dentro del hogar, pero otras veces quedan muy arraigados para toda la vida. Así, ciertas inclinaciones sociales como la disposición racista, el machismo, la tendencia a la resolución violenta de los conflictos, el fanatismo político o religioso, o ya en la vida familiar, posturas como el autoritarismo, el

maltrato a la mujer o a los hijos, la irresponsabilidad paterna, la sobreprotección, etc., pueden ser herencia de generaciones anteriores (los padres, los abuelos).

A pesar de la fundamental importancia que tiene la familia en la vida presente y futura de un niño, no existe una preparación adecuada, planificada, para quienes se abocan a formarla: ya sea a través del matrimonio o por unión libre. Algunas personas tienen, por personalidad y por formación, cualidades naturales para criar y educar a sus hijos, así como para sobrellevar las obligaciones de la vida en pareja satisfactoriamente. Pero muchas otras, quizá la mayoría, solamente improvisan y reproducen lo vivido por ellas anteriormente durante su crianza, cometiendo demasiados errores por los que tienen que pagar a menudo un alto costo. Para estas personas y sus hijos, la familia se convierte no pocas veces en todo lo contrario de lo que debe ser; es un infierno donde unos tratan de hacer daño a otros, donde solamente hay tensiones diarias y violencia de todo tipo, depresiones o crisis de ansiedad, intentos de suicidio, abandono de parte de alguno de los cónyuges o fuga de los hijos, falta total de armonía y relaciones afectivas insuficientes o anormales. En este tipo de hogares se dan así condiciones muy riesgosas para la salud mental de quienes viven en ellos, siendo los más perjudicados los menores de edad, sobre todo los que están en edades más sensibles.

Afortunadamente, no todos los niños o adolescentes que viven estas experiencias familiares traumáticas quedan afectados irreversiblemente, logrando salir airosos a pesar de ellas, quienes tienen una especie de resistencia a la adversidad y facilidad para superarla. A esto suele llamársele hoy día *resiliencia*, término tomado del inglés (*resilience)* y que literalmente significa elasticidad, resorte o rebote. Sin embargo, sí quedan muchos otros con efectos permanentes de estas malas vivencias familiares aunque no siempre puedan entender su origen. Personas adultas con diversos trastornos mentales o de personalidad, entre ellos muy frecuentemente las crisis depresivas y las reacciones explosivas, desconocen que las raíces de estas alteraciones se encuentran en los años de su niñez cuando posiblemente fueron sometidas a castigos físicos, humillaciones psicológicas o falta de afecto por parte de los padres o criadores.

Cuando se trata de niños o jóvenes que presentan trastornos de la conducta o emocionales generalmente existen causas de índole familiar; unas veces como etiología principal y otras coadyuvantes en la génesis de aquéllos. Son situaciones en las que una mala dinámica familiar o patrones erróneos de crianza y educación tienen como consecuencia desajustes y desestructuraciones del curso normal de desarrollo psicológico de los hijos. Estos deficientes roles parentales son a su vez comunes en personas con experiencias infantiles también adversas, quienes al traer hijos al mundo reproducen actitudes similares a la de sus propios padres. La experiencia clínica nos confirma que muchos padres de pacientes refieren haber vivido experiencias traumáticas en su niñez (exceso de castigos, maltrato, abandono afectivo, padre alcohólico, ausencia de uno o ambos padres biológicos o incluso haber sido objeto de venta o cesión a personas extrañas en la temprana infancia, etc.).

Se puede decir que existen familias sanas, otras con algún grado de disfuncionalidad y otras muy patológicas. El grado de afectación de un niño que vive en medio de una de estos hogares disfuncionales es el resultado de la combinación de factores como la intensidad del problema familiar, la mayor o menor facilidad de aquél para salir indemne de los traumas, otros factores protectores extradomésticos (influencia de otros familiares o adultos, de amistades, de experiencias sociales y escolares gratificantes). A la inversa, la falta de factores protectores, la mayor sensibilidad a las condiciones vitales desfavorables y un mayor grado de patogenicidad familiar son causa de importantes y variados trastornos en la salud mental de los menores: depresiones, estados de ansiedad y miedo, trastornos de la conducta, baja autoestima, síndromes de estrés postraumático, trastornos del sueño, del rendimiento académico, de personalidad, psicosomáticos, y otros que se irán describiendo en los capítulos siguientes. El

resultado final en la salud mental de los hijos en hogares disfuncionales no se puede calcular o predecir ya que no estamos tratando de hechos matemáticos sino, como mencionamos antes, de variables con efectos diferentes en cada niño, y en todo caso podemos hablar de probabilidades cuya predictibilidad se basa en la experiencia clínica y de psicología familiar.

Naturalmente, nuestras acciones como profesionales de la salud o de la educación y de los estamentos responsables de la sociedad y el Estado, deben tender a fomentar la familia sana que es la que puede garantizar mejor el desarrollo saludable de los hijos.

Las condiciones para que una familia pueda crear un ambiente beneficioso para la crianza y educación de los niños que en ella crecen son:

- Disponer de una economía que permita satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda adecuada, educación, vestimenta, entretenimiento y recreación.
- Poder establecerse en un vecindario tranquilo, bien protegido, sin peligro de drogas ilícitas, delincuencia de pandillas y otras circunstancias nocivas que pueden influir en los hijos.
- Que los padres o adultos de la familia hayan tenido acceso a la educación escolar, universitaria o vocacional. Y si no la han tenido o no la han completado antes de formalizar un hogar, que se les permita mediante ayudas financieras del Estado u otros organismos no gubernamentales, iniciar o continuar su educación académica, ya que en el mundo actual es requisito importante para mejorar el status socio-económico.
- Que las madres y padres que trabajan, puedan tener horarios que les faciliten estar más tiempo con sus hijos.
- Que las madres que viven solas con sus hijos puedan ganar un salario equiparable al de un trabajador masculino y disponer de ayudas del Estado proporcionales a la cantidad de hijos que debe mantener.
- Que los adultos que piensan formar familia puedan asistir a clínicas de orientación o escuelas para padres y así comenzar su labor de crianza con más conocimientos al respecto.
- Que las madres en estado de gestación puedan llevar control médico y ser debidamente asistidas a la hora del parto, para evitar en lo posible daños en el niño que puedan resultar después en dificultades del aprendizaje, hiperactividad o lesiones neurológicas. Niños con estas secuelas, aunque sean bien recibidos y queridos por sus familiares, no dejan de ser una carga importante, ya que imponen a la familia a una serie de cuidados, tratamientos médicos y psicológicos, preocupaciones respecto al futuro y a frustraciones que hubieran podido evitarse. No es raro que en familias donde existe un hijo con algún tipo de enfermedad o trastorno como los antes citados, los hermanos, si los hay, vean reducido el tiempo que se les dedica y empiecen a sentir celos o resentimiento, bajo rendimiento escolar o alteraciones de la conducta. También puede suceder que uno de los padres, generalmente el padre varón, no logre superar el infortunio de tener un hijo malogrado y culpe a la esposa o se aleje de los cuidados de aquél dejándola a ella sola con las responsabilidades, lo que genera su vez conflictos conyugales.
- Que los padres o tutores sean personas sanas emocionalmente y comprometidas con las responsabilidades que implica el traer hijos al mundo: quererlos, compartir con ellos, ser consistentes en la disciplina y coherentes en su conducta con lo que

exigen de ellos(dar ejemplo), darles una esmerada educación y por supuesto, satisfacer sus necesidades básicas.

La familia sana, donde se vive en armonía y con un mínimo de conflictos se caracteriza por:

- Una clara definición de roles.
- Normas bien establecidas y definidas.
- Relaciones basadas en la confianza, el respeto mutuo y la generosidad.
- Ejercicio de la autoridad parental de manera firme, consistente y humana.
- Ausencia de violencia física o psicológica.
- Tolerancia y paciencia.
- Comunicación frecuente y afectuosa.
- Fomento de la independencia en los hijos.
- Aceptación de las diferencias individuales y del valor propio de cada uno de los miembros.
- Capacidad para superar rápidamente las crisis que pueden originarse en el proceso de crecimiento y desarrollo familiar.
- Adaptación a los cambios producidos por ese proceso.
- Apertura al mundo exterior pero conservando la idiosincrasia familiar.

Factores de riesgo que pueden malograr el intento de alcanzar una vida familiar óptima con las cualidades que hemos expuesto, son:

- Padres con baja o ninguna escolaridad.
- Padre o madre con alguna patología psiquiátrica grave (esquizo-frenia, bipolaridad, paranoia, celotipia, alcoholismo, dependencia de drogas, depresión crónica, ansiedad extrema, sociopatía y otros trastornos de personalidad).
- Historia parental de traumas infantiles no superados.
- Conflictos maritales persistentes.
- Presencia de algún menor con trastornos temperamentales o de la conducta por factores no externos.
- Padres con conceptos erróneos sobre crianza y educación.

Las familias disfuncionales exhiben rasgos variables y de diferente intensidad como:

- Estilo disciplinario autoritario por parte de los padres, más frecuentemente el padre (o el padrastro). En estos casos las normas se imponen de forma dictatorial, sin posibilidad de explicaciones o diálogo, muchas veces arbitrariamente y los castigos suelen ser habituales, severos y desproporcionados. El ambiente que se crea en estos hogares es restrictivo y tenso. Los hijos se sienten nerviosos, atemorizados e inseguros, pero otras veces, si son de un temperamento más asertivo, pueden reaccionar con agresividad derivada hacia otras personas (hermanos, compañeros, la madre), o también, especialmente las adolescentes, con depresión o intentos impulsivos de suicidio.

- La comunicación verbal acostumbra a ser escasa y muy pocas veces de signo positivo; más bien está basada en la crítica humillante, los mandatos, la hostilidad y las discusiones de tono subido entre adultos, entre éstos y los hijos o entre hermanos. Los gritos y los insultos son habituales.

- El contacto afectivo entre los miembros de la familia no existe o se da raras veces de forma más bien superficial.
- El clima del hogar tiende más al caos que a la armonía y la disciplina es inconsistente. En situaciones en las que viven muchos adultos en la familia, la interferencia y la desautorización en la aplicación de las normas es algo común, sobre todo cuando los padres están en conflicto o están de por medio abuelos o tías que se sienten con derecho a intervenir.

- Puede haber una disposición abierta o encubierta de hostilidad y rechazo por parte de uno de los adultos hacia uno de los menores, lo cual se ve frecuentemente en la relación entre padrastros o madrastras y sus hijastros.
- Los castigos físicos se justifican y se aplican con regularidad, llegando no pocas veces a causar daño físico.
- En otros casos puede haber un ambiente demasiado sobreprotector que impide a los niños la autorrealización y la adquisición de la autonomía necesaria, causándoles disminución de la autoconfianza y generándoles ansiedad ante las situaciones que debe afrontar fuera del hogar, aunque también puede provocar de parte de aquéllos rebeldía y quejas de estar demasiado restringidos o tratados como si fueran más pequeños. Los preadolescentes y los adolescente son más sensibles a este tipo de tratamiento.
- No es extraño que diferencias normales o pequeñeces de la vida diaria sean motivo de peleas y discusiones *in crescendo* que van socavando las relaciones interpersonales.
- La vida social de la familia como grupo no existe o es precaria, relacionándose cada miembro con su propio círculo por separado. Más bien se evita el salir juntos o cuando se hace, no es infrecuente que se susciten conflictos.
- El ajuste de los adultos tutores a los cambios evolutivos del grupo familiar es menos eficiente y hay resistencia al cambio a medida que los hijos van creciendo.
- Los hechos de violencia intrafamiliar (abusos contra la mujer o contra los hijos) pueden llevar a la ruptura familiar ya sea por un período de tiempo o de forma permanente. Cuando esto sucede, las malas relaciones que existían se siguen dando después de la separación o del divorcio por actitudes inmaduras de parte de uno de los excónyuges o de ambos.

Vivir y crecer en hogares con algunas o muchas de estas peculiaridades hace más vulnerables a los menores y los predispone a sufrir alteraciones emocionales y conductuales, o a agravar las que ya tenían, como es el caso de niños con dificultades escolares, hiperactivos, nerviosos, con discapacidad intelectual y autistas. Ya hemos aludido a la posibilidad de que otros factores o la levedad de la disfuncionalidad permitan a ciertos jóvenes salir indemnes de estas experiencias, aunque no por eso se pueda decir que no sufrieron mientras las vivían y que no les queden malos recuerdos de ellas.

Los que en alguna manera salen afectados, la experiencia demuestra que una vez en la adultez, tienen tendencia a una o varias situaciones siguientes:

- Reproducir la violencia intrafamiliar o las actitudes autoritarias.
- Inseguridad o incapacidad en el rol parental.
- Baja autoestima.
- La depresión y al suicidio.
- Los estados de ansiedad.

- Problemas en la relación interpersonal o social.
- Conductas impulsivas y/o explosivas.
- Inestabilidad matrimonial.
- Una pobre estimación de la vida familiar.
- Conducta criminal.

En los niños afectados las consecuencias inmediatas pueden ser:

- Miedos.
- Timidez.
- Baja autoestima y depresiones.
- Agresividad física o verbal.
- Trastornos del sueño.
- Problemas en el rendimiento y la conducta escolar.
- Conductas exageradas de sumisión.
- Inquietud ansiosa.
- Ansiedad de separación.
- Síntomas psicosomáticos (dolores de cabeza, de vientre, etc.).
- Actitudes muy demandantes, caprichosas, y rabietas en los más jóvenes (lo que se conoce en el lenguaje popular como niños «malcriados»).
- Conductas oposicionistas.
- Intentos de suicidio en adolescentes.
- Precipitación de un cuadro psicótico agudo o crónico (esquizofrenia o enfermedad bipolar) al cual el niño o adolescente tenían una fuerte predisposición genética).
- Síndrome de estrés postraumático.
- Daños corporales o muerte por maltrato físico.
- Conductas delictivas y/o consumo de drogas.

En toda sociedad moderna debe existir una red de atención y apoyo a estas familias problemáticas que permita, a través de los centros de salud, clínicas especializadas y agencias del Estado, ejercer acciones preventivas y terapéuticas. Para esto es importante formar más especialistas en salud mental, en Medicina y terapia familiar, como capacitar en forma continuada a los que actualmente se desempeñan, de alguna manera, atendiendo familias (médicos, psicólogos y trabajadores sociales). Así como también es necesario realizar estudios más sistemáticos y profundos sobre la situación actual de la familia como institución, y los factores que pueden incidir positiva o negativamente en su desarrollo y funcionamiento. Estas acciones se sitúan a un nivel de prevención secundaria, no obstante, hoy debe tenderse a la prevención primaria, la cual consistiría en una preparación para la vida conyugal y la paternidad desde que las personas están en la escuela hasta que deciden comenzar una familia.

Por otro lado, las autoridades encargadas de velar por la salud y el orden familiar tienen que estar no para reprimir o castigar, en casos de abusos o de atentados contra el buen funcionamiento de la familia (salvo en casos en los que exista un hecho grave punible), sino para promover la reeducación de los adultos y hasta donde sea posible, evitar la desintegración del grupo familiar. Para este fin necesitan trabajar en estrecha coordinación con los profesionales de la salud. Es pertinente hacer este comentario pues, últimamente, en nuestro país con la aprobación del Código del Niño y la Familia, hemos visto desatarse una ola de denuncias sobre maltrato infantil dirigidas contra padres, ya sea por un excónyuge, otro familiar cercano, un vecino o una maestra, dando lugar a procesos legales que incluyen frecuentemente

a los mismos niños creándoles más ansiedad, cuando en muchos de los casos son situaciones que no deben llegar a tanto y que solamente requieren de una atención familiar por personas capacitadas.

No es raro que muchas de estas denuncias tengan como motivo el privar a una determinada persona de la custodia de su hijo, o simplemente causarle daño. La ansiedad y la incomodidad que generan estos procesos en las personas involucradas y en los menores se agrava cuando intervienen abogados cuyo principal interés es ganar un caso a toda costa. Hay que ser muy cuidadoso con cualquier tipo de denuncia en este sentido, y si se comprueba, a menos, como anotamos previamente, que se trate de un hecho de gravedad, no debe ser motivo de castigo sino de tratamiento para mejorar las relaciones entre los miembros de una familia. Muchas veces cuando se castiga a un padre o una madre ya sea con la cárcel o separándolo de los hijos, éstos sufren también y pueden sentirse culpables. Hay que sopesar en estos casos si la situación es una amenaza importante para la vida o la salud de los niños, el estado de las relaciones entre éstos y el padre o madre bajo sospecha, la historia de la familia en cuestión, los sentimientos y deseos de los niños que se intenta proteger, y las posibilidades de normalización que existen con un adecuado tratamiento.

IV

LA ESCUELA EN LA VIDA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Muchas personas, incluidos los maestros, ven la escuela como un lugar para adquirir conocimientos y como la preparación para la universidad y el trabajo. Es una institución fundamental para el éxito en la vida según estas personas y de ahí la importancia tan grande que le atribuyen a las calificaciones escolares. Pero la escuela tiene un significado más amplio y complejo en la vida de los jóvenes ya que influye mucho en la formación del carácter y la personalidad, así como en el desarrollo de las relaciones sociales de los alumnos y en su salud física y mental, especialmente en la segunda. Los menores pasan una parte considerable de su vida asistiendo a la escuela: de veinticinco a treinta y cinco horas a la semana, ocho a nueve meses al año y durante doce a quince años (incluyendo la etapa preescolar); período que coincide además con el crecimiento físico y psicológico del individuo y en el que es más susceptible a las influencias externas.

Hay en el mundo, por otra parte, niños que por carencia económica de sus familias o por vivir en áreas muy apartadas donde no existen maestros, no pueden hacerse de una formación académica y esto también tiene repercusiones importantes en sus vidas, sobre todo si tienen que vivirlas inmersos en sociedades en las cuales la falta de educación escolar mantiene a quienes no la han logrado o solamente la han tenido de manera muy básica, en la pobreza y la marginalidad, con todas las implicaciones que estas traen consigo.

La formación escolar es necesaria en un mundo tan complejo y avanzado tecnológicamente como el actual, y se puede salir de ella con mucho provecho en todo sentido o también de forma penosa y con traumas. Son precisamente estos aspectos negativos de la escuela lo que ha hecho que algunos padres en países incluso del primer mundo como los Estados Unidos de Norteamérica, hayan decidido proporcionarles la instrucción académica a sus hijos en sus propios hogares. Si esta modalidad educativa es beneficiosa o no es tema que

aún se discute, pero lo cierto es que es un resultado de las deficiencias y anomalías del sistema vigente en la mayoría de las escuelas.

La crítica a la institución escolar tradicional no es nueva y se remonta a principios del siglo pasado cuando empezaron a surgir propuestas nuevas para una educación más centrada en la naturaleza del niño, en sus capacidades e intereses, una escuela donde los niños participen activamente en su propia instrucción y los maestros cumplan una labor de guías y facilitadores, rol muy diferente al que acostumbran en la enseñanza no activa. En la visión progresista de la escuela es ésta la que debe adaptarse al niño y no al revés como suele pasar en los sistemas tradicionales.

Aunque no es el momento de entrar en la descripción y análisis de las nuevas metodologías educativas, si es necesario resaltar la importancia que tienen para una experiencia escolar satisfactoria y un desarrollo psicológico más sano en los jóvenes, ya que tienden a favorecer en los educandos la autoestima, la autoconfianza, la autonomía, la motivación, la inteligencia, una más profunda introyección de valores y una mejor relación con sus maestros.

En una obra que publiqué en 1984 sobre el tema de la educación actual, se exponían los objetivos generales de la escuela en esta manera:

1.-Impulsar el desarrollo de la inteligencia.

- Ayudar a ejercitar el pensamiento.
- Estimular el juicio crítico.
- Suscitar la curiosidad y el espíritu investigador.
- Enseñar a estudiar.

2.-Facilitar y proteger el normal desarrollo emocional del niño.

- Dar seguridad y fomentar la autoimagen positiva.
- Ayudar al educando a conocerse mejor y a controlar sus conductas y emociones.
- Desarrollar y reforzar las conductas prosociales.
- Estimular la conciencia cívica y moral.

3.-Impartir conocimientos útiles para el desenvolvimiento del niño en su medio social.

- Enseñanza dinámica, evitando la letra muerta y la memorización innecesaria.
- Participación activa del alumno.
- Contacto constante con las fuentes de los conocimientos.
- Preparación de las contingencias para el aprendizaje y en relación con las capacidades individuales.

4.-Educación de las habilidades físicas.

- Conocimiento y autodominio del propio cuerpo.
- Desarrollo del ritmo y las destrezas motoras.
- Desarrollo de la conciencia deportiva y situación de los deportes dentro de una escala general de valores.

5.-La educación estética.

- Promoviendo el sentido artístico y la promoción del significado psicológico, espiritual y social del arte.
- Enseñando a apreciar el arte en sus diferentes formas.
- Desarrollando los talentos potenciales para el arte.

Esta sería la visión penta-dimensional en la que creo debe enmarcarse toda la actividad escolar y las diferentes metodologías específicas de aprendizaje que se utilicen.

La educación actual en gran parte del mundo se encuentra en una situación de crisis crónica debido a una serie de deficiencias que muy pocas personas niegan, siendo una de ellas la gran brecha existente entre las aulas escolares y la realidad externa; entre la metodología de enseñanza de muchos maestros y los fundamentos del adecuado proceso de aprendizaje; entre las actitudes y conductas de los adultos que forman el cuerpo de docentes y los valores éticos que supuestamente deben inculcar; entre el avance tecnológico incesante y el insuficiente espíritu científico de la escuela; entre la necesidad de un hombre y una mujer con una cultura integral y profundamente humana y el progresivo empobrecimiento de la enseñanza humanística.

A pesar de que desde hace varias décadas se han venido dando importantes avances en la filosofía educativa que han permitido la creación de centros escolares con una mentalidad progresista, la mayoría de los sistemas educativos siguen anclados en métodos tradicionales de tipo memorístico, dogmáticos —tendenciosos en no pocos casos— abusivos y aburridos. El hecho de que las escuelas hayan incorporado medios tecnológicos modernos como la computadora y otros audiovisuales y electrónicos, no ha supuesto gran diferencia, y lo básico del proceso de enseñanza y aprendizaje sigue estando caracterizado por los vicios antes mencionados.

Por otra parte, no existe una clara definición de cuál es el objetivo final de la formación escolar de hoy. La utilidad del proceso educativo parece estar en función de quienes la propongan. Así, para los que rigen sus vidas por el pragmatismo a ultranza, lo importante es formar personas que se adapten a las demandas del mercado mundial y de la tecnología; todos los conocimientos que no vayan en última instancia a promover esta clase de ciudadanos están de más, y por tanto, deben eliminarse para dar cabida a lo «práctico». Otros, sin abjurar de esta posición, añaden que la escuela debe formar líderes, concepto que puede tener varias acepciones, aunque probablemente se quiera decir con esto, individuos que puedan responder a la globalización del mercado de una manera integral y flexible, pero siempre dentro del marco del desarrollo económico; se trata de una mentalidad «desarrollista» según la cual lo que prima es la producción y la acumulación de bienes materiales.

Sin que se rechace la importancia de la formación tecnológica y la necesidad de que los centros escolares preparen mejor a los jóvenes para que pueda integrarse a las cambiantes condiciones laborales y económicas mundiales, estamos quienes propugnamos que el objetivo de la escuela debe trascender hacia la consecución de un ser que logre cada vez más el ideal de la humanidad, y para quien el desarrollo económico y el trabajo diario no sean más que los medios para alcanzar la virtud plena, el estado de bienestar más completo, de cuerpo y alma, que por supuesto no puede dar ese utilitarismo, no raras veces tosco y ramplón, que parece distinguir a las llamadas reformas educativas propuestas por algunos sectores de la sociedad.

La integralidad de la institución escolar es precisamente lo que debemos perseguir para crear un mundo mejor, donde valores como la paz, la tolerancia entre naciones y razas, el apoyo mutuo, la superación de la pobreza y la ignorancia, y la espiritualidad sean los que imperen. Y esa integralidad significa la promoción de un estudiante que combine en armonía los conocimientos científico-técnicos, con las humanidades y una sólida formación ética; que tenga claridad en las prioridades y en su responsabilidad en la instauración de una sociedad mundial más civilizada y buena para todos.

Así, como metas finales de la educación escolar a las que deben dirigirse los objetivos antes descritos, son:

- La formación de un ser humano con gran sensibilidad espiritual y ética.
- La adquisición por parte de los alumnos de una profunda preparación humanística.
- Dotar a los estudiantes de una sólida base científica.

Para interesar a los jóvenes por la escuela, para motivarlos y para evitar las deserciones escolares, se necesitan cambios en los centros de enseñanza para que puedan cumplirse estos objetivos y metas señalados, y como consecuencia, producir mejores individuos, lo que al fin y al cabo se traduce por personas más saludables. Y es en la actividad educativa cotidiana como se va haciendo el camino para alcanzar ese ideal propuesto; en las relaciones educador-educando; en el modo de aprovechar las capacidades de los alumnos y de transmitir la información; en la manera de vivir diariamente los valores que se quieren inculcar. Nunca se debe perder de vista que la escuela no puede permitirse que se perjudique a los niños de alguna manera en aras de un programa académico; que no es un lecho de Procusto en el que al niño se le estira o se le encoge con la finalidad de que se amolde a las exigencias de dicho programa. La escuela debe en fin, ser estimulante, flexible, dinámica, interesante y gratificante, y de ninguna manera desanimante, rígida, pasiva, aburrida y aversiva.

El maestro es un elemento de suma importancia en el proceso educativo: es un educador más que un enseñante; es quien debe encaminar al alumno y tratar de obtener de él lo mejor, lo cual se contradice totalmente con cualquier conducta de su parte que pueda perjudicarlo. El educador es para el alumno un segundo padre o madre, un amigo y guía en quien aquél necesita confiar y apoyarse, lo que no solamente no se logra sino que se revierte tomándose en un enemigo si adopta posiciones de intolerancia y hostilidad. La buena relación entre educadores y educandos es prioritaria en un proceso pedagógico satisfactorio. La ecuanimidad y la tolerancia no están reñidas con el ejercicio de la autoridad. La relación entre ambos se basa en el respeto mutuo y el reconocimiento por parte de aquél de la posición jerárquica del educador, lo que no significa una situación de sumisión o temor. El maestro trata de obtener lo mejor del alumno y éste de aquél.

Por otra parte, el docente no está para imponer dogmas o un régimen disciplinario autoritario.Debe dar información, exponer sus opiniones, alentar a sus discípulos a crear y dar las suyas, persuadir y sugerir, canalizar la búsqueda de los conocimientos e impulsar la madurez emocional y el autocontrol en ellos. Bajo ninguna circunstancia es aceptable la humillación física, psicológica o moral del niño o el adolescente por parte de sus educadores, como tampoco puede permitirse lo contrario.

Hacer fracasar a un alumno no puede ser nunca la meta de quien enseña; en todo caso, si se producen bajos índices de rendimiento en su clase, el maestro o profesor deberá revisar su metodología de enseñanza y no culpar a los estudiantes, así como brindar apoyo a quien no hayan logrado un buen entendimiento de su materia. Cuando el maestro no tiene estas cualidades y cuando el sistema pedagógico que se practica es autoritario e impositivo, centrado solamente en logro de buenas calificaciones, los resultados en los jóvenes pueden ser:

- Aversión al estudio.
- Poca motivación.
- Distracción en el aula.
- Mala conducta.
- Mala imagen del docente y rechazo a la escuela.
- Enfrentamiento con los docentes.
- Frustraciones frecuentes por causa de las bajas calificaciones.
- Ansiedad en algunos por mantener su alto nivel académico (visión competitiva de la escuela).
- Trastornos psicológicos (fobia escolar, problemas de sueño, crisis de ansiedad, depresiones reactivas, baja autoestima, mutismo selectivo en los más pequeños...).
- Malas técnicas de estudio (uso prioritario de la memorización y poca reflexión y análisis).

- Actitudes evasivas en relación a sus responsabilidades escolares y mentiras sobre las tareas o exámenes que les causan conflictos con los padres.

Estas consecuencias a su vez repercuten en la vida familiar donde se provocan situaciones como:

- Castigos frecuentes, discusiones o malos tratos por causa de la escuela.
- Deterioro de la relación padres-hijos por causa de estos conflictos.
- Ansiedad que muchas veces los lleva a involucrarse demasiado con las tareas y estudios de sus hijos y a hacerlos muy dependientes en este sentido.
- Enfrentamientos entre padres y maestros.
- Necesidad de contratación de maestros especiales o tutores, por excesivas exigencias de la escuela o por inadecuada asistencia de la misma en el aprendizaje de las materias, con el consiguiente desgaste económico de la familia.
- En ocasiones, discordias entre padres por diferencias en relación a problemas generados por la escuela.
- Necesidad de acudir con el estudiante a citas con psicólogos o psiquiatras que muchas veces podrían evitarse con un mejor sistema pedagógico y de disciplina escolar.

Otro aspecto de la vida escolar es el de las relaciones entre los estudiantes, el cual constituye un campo de entrenamiento para el desarrollo de las habilidades sociales. En el contacto diario con los demás, el niño aprende a adaptarse a las circunstancias, a ejercer determinados roles, a confrontar y resolver problemas sin la ayuda de los padres o los maestros, a ganar y perder amistades y a ser parte de una comunidad con intereses comunes. Estas relaciones entre compañeros deben ser alentadas y supervisadas por los educadores aunque dejándoles un amplio margen de libertad, actuando solamente cuando exista necesidad de mediación. Tan mala sería la negligencia en actuar cuando es necesario como intervenir demasiado, como también hacerlo en forma parcializada.

En este campo de las relaciones entre los estudiantes de una escuela se puede observar conductas que reflejan conflictos originados en la familia, como alteraciones psicológicas propias del mismo joven: agresividad en forma de tendencia a la manipulación y al dominio, actitud irónica y burlona, liderazgo de pandillas, violencia física y verbal; o inseguridad manifestada por timidez, marginación, sumisión, ansiedad, miedos y propensión al rol de víctima. Quienes provienen de hogares donde las relaciones interpersonales son satisfactorias, tienen mayor capacidad para sobrellevar las presiones del sistema escolar, suelen mostrarse más comedidos, menos tendientes a someter a otros, más leales y amistosos, así como menos necesitados de obedecer a un líder.

Tomando en consideración la diversidad de temperamentos y de las influencias que actúan sobre la conducta de cada niño o joven, es de esperar que se produzcan también situaciones difíciles y problemáticas, siendo los más vulnerables quienes más sufren. Para algunos vivir estas experiencias en las que les toca el papel de víctima y de perdedores ante el grupo es algo realmente muy traumático que los lleva a depresiones, fobia escolar, autodepreciación, paranoia, crisis de angustia, rendimiento deficiente, intentos de suicidio o agresividad reprimida que puede un día liberarse y conducir al individuo al asesinato en masa como ha sucedido el algunas escuelas en los Estados Unidos de Norteamérica en los últimos años.

En nuestro país no se ha dado todavía afortunadamente, este tipo de crímenes en las escuelas, aunque sí se han dado casos de adolescentes que llevan armas de fuego o armas blancas para herir a otros con quienes tienen rencillas. Como psiquiatra clínico he visto

muchos casos de niños que sufren profundamente por la marginación y el hostigamiento de parte de los compañeros. Es por eso importante que la escuela, por medio de los educadores y los psicólogos, se mantenga pendiente de cómo se desarrollan las relaciones interpersonales de sus alumnos y sepa como intervenir en un momento dado para proteger y ayudar psicológicamente a alguno de ellos que sea objeto de acoso y agresiones, pero también para establecer una estrategia tendiente a mejorar las relaciones en el grupo.

V
LA SOCIEDAD

La sociedad es el tercer ámbito en el que se desarrolla la vida del niño y del adolescente, entendiendo en este caso por tal, todas aquellas influencias y vivencias fuera de la familia y de la escuela y que pueden propiciar un desarrollo sano de tres maneras:

- Fortaleciendo el arraigo de los valores sociales.
- Estableciendo una red de apoyo para la prevención y tratamiento en salud mental.
- Garantizando la seguridad y la integridad física y mental.

En un país donde se quiera establecer un plan educativo nacional la familia, la escuela y la sociedad deberían estar en armonía, persiguiendo los mismos fines y de manera que como círculos concéntricos puedan encajar perfectamente. Estos tres estamentos no deben entrar en contradicción si se desea inculcar a los jóvenes una escala de valores y una conciencia que rechace totalmente los antivalores. Pero para ello toda colectividad necesita definir claramente lo que va a valorar y lo que quiere rechazar.

Hay aspectos fundamentales de la existencia humana que constituyen los pilares de la convivencia social y otros que la corroen y la destruyen. Valores fundamentales son la justicia, el respeto a la vida, a la integridad física y psicológica de los individuos, a las diferencias raciales y culturales y a las libertades básicas (de movimiento, de pensamiento, de estilo de vida). Antivalores serían entonces todo lo que lleve a la injusticia, a la destrucción de la vida o a causar daño a las personas, a la discriminación, a la restricción de las libertades. Lo que se valora es lo que conduce a la superación de la barbarie y eleva la condición humana, y por tanto, lo que se rechaza es lo que nos hunde más en la inhumanidad y nos impide progresar como sociedad.

No se trata de imponer una determinada moral religiosa que cada uno es libre de seguir, sino estimar y seguir una moral universal que sea la base de la educación familiar, escolar y social. Una moral de la que se derivan responsabilidades que deben no solamente enseñarse o tenerlas como marco de referencia teórico, sino que deben practicarse. La sociedad como macrosistema debe dar apoyo a la familia y a la escuela para que puedan acometer esta labor y así poder contar con ciudadanos responsables y leales a esos valores.

Lo que no puede haber es una moral teórica y una práctica social que enaltece los antivalores en los medios de comunicación, en los espectáculos públicos, en la política, en las relaciones profesionales o mercantiles; que enseña a los menores en forma de mensajes indirectos (a veces muy directos) que la mentira es útil, que la violencia es necesaria, que la venganza es gratificante, que el dinero y las posesiones materiales hacen la felicidad, que ciertas dictaduras son tolerables y por tanto aceptables, que la vida es una lucha por la supervivencia y el enriquecimiento a toda costa (aunque haya que pasar por encima de los

demás), que la vulgaridad tiene más valor que la espiritualidad y el refinamiento de las costumbres, que la justicia es para el que pueda manipularla, etc. Esta praxis antisocial se justifica alegando el derecho a la libertad de expresión, o a estrategias políticas o mercantiles, u otras conveniencias.

La sociedad puede así influir en el fortalecimiento o el deterioro de los valores y estar entonces, en los hechos, en concordancia o en contradicción con la familia y la escuela. ¿Cómo se podría lograr la coherencia entre ellas? Los mismos padres y maestros que intentan que sus hijos y alumnos introyecten esos valores universales deben dar el ejemplo en su vida extradoméstica y extraescolar; los representantes del Estado deben establecer una vigilancia más eficaz sobre lo que se brinda a la juventud en los medios y en espectáculos; los políticos deben abandonar el ejercicio de la doble moral y máximas como aquella muy celebrada en nuestro país y que dice que "en política no hay sorpresas sino sorprendidos", lo que equivale a "en política todo vale"; los dueños de los medios deben anteponer a sus intereses comerciales el interés de la educación y el entretenimiento sano de la población.

Sabemos que al mencionar estos deberes estamos refiriéndonos a una utopía, y es precisamente porque no se cumplen en la realidad que pensamos que la sociedad no es consecuente con la moral en la que supuestamente se apoya, y esta dicotomía entre deber y realidad se transmite a los jóvenes y acaba por convertirlos en adultos con una moral teórica y otra práctica, lo cual por supuesto, no es sano. De existir un plan nacional de educación que trascienda del plano escolar, tiene que ser elaborado en conjunto con los representantes del Estado, los de los sectores privados, políticos, profesionales, académicos y estudiantiles comprometiéndose todos a llevarlo a cabo como asunto de interés prioritario para el país.

En cuanto al establecimiento de una red de apoyo para la prevención y tratamiento en salud mental, también debe ser un esfuerzo coordinado entre entidades estatales e iniciativa privada. La prevención en materia de salud mental es escasa y no planificada. Enseñar al público, especialmente a quienes son padres de familia, educadores de todo tipo y a los jóvenes como se puede adquirir un óptimo estado de salud psíquica y cuáles son los factores que producen su desequilibrio, tiene que convertirse en una meta tan importante como la enseñanza de la lectura y la escritura, las matemáticas básicas, el uso de la computadora o conducir un auto.

Esta educación necesita realizarse desde la escuela elemental hasta las aulas universitarias, los lugares de trabajo, las clínicas y los centros comunitarios; desde la ciudad hasta los rincones apartados del medio rural. Psiquiatras, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales y enfermeras pueden llevar a cabo esta labor también dentro de las estrategias de un plan nacional de salud mental. Temas que requieren divulgación son:

- La importancia de la salud mental.
- La identificación del estrés, los factores que lo originan y cómo manejarlo.
- La identificación de los primeros síntomas de la enfermedad mental y de los trastornos del comportamiento.
- Las etapas básicas del desarrollo infantil.
- Cómo criar y disciplinar niños(escuela para padres).
- Cómo afrontar adecuadamente la etapa de la adolescencia de parte del adulto.
- Cómo evitar que los deberes escolares se conviertan en causas de alteraciones de la dinámica familiar o en problemas psicológicos en los estudiantes.
- Resolución satisfactoria de conflictos interpersonales.
- El campo de acción de los diferentes especialistas en salud mental.
- La no estigmatización de la enfermedad mental y de la Psiquiatría.

- Cómo hacer uso adecuado de los recursos disponibles para a atención en salud mental.
- Los derechos de los niños en general y de los niños con condiciones especiales.
- Los derechos del enfermo mental.

El plan nacional de salud mental incluye una infraestructura para la atención de adultos y jóvenes en riesgo o que presentan ya algún tipo de alteración o patología psicológica. En materia de salud mental infantil y juvenil que es de la que nos ocupamos en este libro, esta infraestructura es escasa o deficiente en la mayoría de los países no industrializados y la cantidad de profesionales no es suficiente para dar la atención necesaria a la población. La atención en el área de salud mental de niños y adolescentes supone, para que sea completa, de especialistas debidamente capacitados en:

- Psiquiatría pediátrica.
- Neurología pediátrica.
- Psicología clínica pediátrica.
- Terapia y consejería familiar.
- Terapia Ocupacional.
- Foniatría y fonoaudiología.
- Especialistas en trastornos del aprendizaje y en educación especial.
- Enfermeras entrenadas en salud mental infantil.
- Trabajadores sociales también entrenados en este campo de la salud.

En relación a los psiquiatras de niños y adolescentes una cifra ideal es la de uno por cada 10.000 habitantes en esas edades. Para tener puntos de referencia mundiales, estadísticas de 1999 revelan que en Europa los países con mejor relación per cápita (psiquiatra por jóvenes menores de 20 años) la tienen Suiza con un paidopsiquiatra por cada 5.300 menores, Finlandia con uno por cada 6.600, Francia y Suecia con uno por cada 7.500 y 7.700 jóvenes respectivamente, mientras que los que tienen menos son Hungría, Serbia y España con un paidopsiquiatra por cada 45.000, 51.800 y 52.950 menores respectivamente. En América Latina como ejemplo, Cuba y México tienen unos 200 psiquiatras pediátricos para poblaciones totales de 11 y 90 millones de habitantes. En nuestro país existen menos de 20 médicos activos dedicados a esta especialidad. En base a la población menor de edad en Panamá, y tomando como cifra prudente a considerar la de uno por cada 25.000 menores, la cantidad de psiquiatras infantiles debería ser aproximadamente 50 repartidos por las provincias de acuerdo a la población de cada una de ellas, y acompañados de un equipo básico de otros profesionales como los que hemos descrito. Estos grupos de atención desarrollarían diversos programas de prevención, diagnóstico y tratamientos que intentarían abarcar la mayor parte de la población pediátrica dentro de su radio de acción.

Actualmente, los médicos dedicados a la Psiquiatría Infantil están casi todos en la capital por lo que el resto del país está huérfano de estos servicios. No cabe duda que la salud mental de los niños y adolescentes se beneficiaría enormemente de poder contar con más especialistas que conformaran equipos racionalmente distribuidos por la geografía nacional y actuando dentro de los lineamientos de un plan general, y esto es responsabilidad de la sociedad (en el caso de Panamá, de entidades sociales como el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y otros organismos no gubernamentales privados). Mientras se carezca de esta asistencia, habrán muchos niños en riesgo y con problemas mentales y del comportamiento que no tendrán acceso a una atención integral y especializada. Urge pues, preparar más y mejores

profesionales en este campo de la Medicina y elaborar un plan nacional de acción preventiva y terapéutica.

Además del reforzamiento y de la red de apoyo para un plan nacional, la sociedad también puede ayudar a proteger la salud física y mental de la población de niños y adolescentes por campañas de saneamiento de los medios de comunicación, de desarrollo de actividades deportivas y culturales, de prevención de accidentes, de control de la delincuencia juvenil, de rehabilitación de jóvenes transgresores y tóxico-dependientes. Estas campañas deben ser, naturalmente, un complemento del plan nacional de salud mental. Por medio de ellas pueden reducirse las secuelas perniciosas producto de programas de televisión, las drogas, las pandillas o los accidentes en las vías públicas como las que mencionamos a continuación.

Como producto de los programas de televisión:

- Desensibilización ante la violencia (hay un exceso de violencia injustificada e irracional en una gran cantidad de programas televisados).
- Aprendizaje de actitudes y conductas contrarias a la moral social (lenguaje obsceno y ofensivo, maneras toscas, machismo, actitudes agresivas, consumo de alcohol por parte de los adolescentes, actividad sexual prematura, adolescentes que se fugan de sus hogares, reificación del rol de líder de bandas delictivas, interés por las armas de fuego y la guerra, etc.).
- Visión deformada de la realidad social (ejemplo de esto es la facilidad con que se cometen transgresiones, se ejecutan conductas antisociales y se tienen relaciones sexuales sin ninguna consecuencia negativa para quienes las protagonizan).
- Introyección de un concepto de la vida basado en un hedonismo vulgar y la sobrevaloración de lo material (una buena parte de las películas que se ven en la televisión giran alrededor de la consecución de dinero fácil y de placeres mundanos).
- Miedos y crisis de pavor nocturno en los más jóvenes por el contenido violento, terrorífico o ansiógeno de algunos programas. Hace algunos años se transmitía una novela en la que el protagonista era un niño en edad escolar que viajaba solo a un país sudamericano en busca de su padre quien había emigrado a ese país, y pasaba por una serie de peripecias que motivaron, en algunas partes del mundo que muchos niños fueran llevados a los cuartos de urgencia con crisis de ansiedad. En la práctica clínica también es frecuente atender niños con trastornos del sueño o temores provocados por programas supuestamente para niños).
- Retardo en el aprendizaje de la lectura y falta de interés y motivación por los estudios debido a la cantidad de horas que los niños pasan enfrente de la televisión. Esta situación se da más en niños que ya de por sí tienen poca disposición a estudiar y dificultades en aprender la lecto-escritura. Igualmente, y esto en la mayoría de los jóvenes, la televisión impide que se desarrolle el gusto de la lectura si los padres no se proponen deliberadamente inculcarlo. Hoy los niños y adolescentes ven mucha televisión y leen muy poco. No es raro que un estudiante finalice la etapa de secundaria sin haber leído más de un libro completo o ninguno.

Por supuesto que no se está sugiriendo que se elimine la televisión de la vida de los niños, pero sí que sea más sana y educativa, lo que corresponde hacer a los dueños de las empresas que las administran y a los Gobiernos como entes sociales responsables.

Como consecuencia del consumo de drogas encontramos:

- Deterioro del aprendizaje académico.
- Incumplimiento de responsabilidades.

- Deterioro de las relaciones intrafamiliares.
- Reacciones psicóticas o precipitación de una psicosis latente como la esquizofrenia o el trastorno maníaco-depresivo.
- Trastornos en los hábitos de sueño y alimentación.
- Conductas delictivas (robo, asaltos, crimen).
- Suicidio como consecuencia de un status paranoide provocado por las drogas.
- Lesiones cerebrales progresivas o paro cardíaco por intoxicación masiva.

Como consecuencia de las actividades de bandas juveniles delictivas:

- Instauración de un ambiente peligroso en el vecindario con frecuentes balaceras por enfrentamiento entre pandillas o de estas con la policía, que generan miedos, ansiedad, dificultades para concentrarse en los estudios y para realizar una vida normal fuera del hogar en la comunidad (estas situaciones son frecuentes cuando atendemos pacientes de clase socioeconómica baja o media baja).
- Agresiones de pandilleros (intencionadas o accidentales) que pueden dejar lesiones graves o daños físicos permanentes y síndromes de estrés postraumático (recientemente atendimos un joven de 14 años que fue herido de bala en la cabeza y en cuatro partes más del cuerpo solamente porque pasó junto a unos pandilleros que consumían drogas en ese momento y en su propio barrio. También hace poco tiempo, atendimos a una niña de 15 años que participó de una fiesta donde se consumió drogas y con el fin de que no dijera nada, otros jóvenes que repartieron la droga en esa reunión pasaban por su casa amenazándola de muerte, lo que le causó depresiones y ansiedad que obligaron a internarla.
- Peligro de que los niños y adolescentes puedan ser atraídos a estas pandillas juveniles lo que implica serias consecuencias para ellos y sus familias, ya que se convierten en delincuentes que pueden ser arrestados, atacados por bandas rivales o asesinados, como también verse ellos mismos involucrados en crímenes y robos como condición para mantenerse dentro de las bandas. Generalmente son menores infractores que descuidan o abandonan los estudios y presentan trastornos del comportamiento importantes en el hogar y en la escuela.

Como consecuencia de accidentes en las vías y lugares públicos:

- Daños corporales que pueden dejar incapacidades como parálisis parcial o total, deformaciones o mutilaciones, cicatrices en el rostro, pérdida de uno o dos ojos o pérdida de visión, daños en el oído con disminución de la audición, etc., que a su vez causan alteraciones emocionales y psicológicas como estados depresivos, de estrés postraumático, trastornos de adaptación, merma de las capacidades sociales y pérdida de las capacidades cognitivas. Muchas veces estos accidentes podrían haber sido evitados si hubiera un mejor control del tránsito, mejor señalización de calles, más pasos a nivel o subterráneos para peatones, vías apropiadas para la circulación de bicicletas, mayor vigilancia en lugares de entretenimiento como playas, ríos o piscinas, así como un control más estricto del uso y posesión de armas de fuego por la población civil, acompañado de una mejor instrucción sobre como evitar los accidentes con ellas dirigida sobre todo a usuarios que convivan con menores de edad. También corresponde al Estado a través de las instancias adecuadas vigilar la seguridad en recintos públicos, escuelas y casas para prevenir

accidentes dentro de los cuales los incendios y los derrumbes de estructuras viejas como en edificios muy antiguos o mal construidos son los más comunes.

TRASTORNOS INFANTILES Y JUVENILES

I

EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

Cada año, al final del curso escolar, miles de estudiantes en el país reciben la noticia de que deben repetir el grado o rehabilitar asignaturas durante el verano. Son los niños y jóvenes con bajo rendimiento académico, que constituyen una carga pesada para el sistema educativo y una pesadilla para sus atribulados padres. No pocos de estos alumnos fracasan un grado por segunda o tercera ocasión y algunos, especialmente de escuelas públicas, abandonan las aulas y la esperanza de tener una vida mejor en el futuro. Otros, se ven forzados a buscar otras escuelas sin garantía de que su rendimiento mejore ya que no se atacan directamente las causas de su deficiente aprendizaje.

Y si bien es verdad que una historia de bajas calificaciones escolares no es necesariamente aviso de un fracaso total en la vida, ya que hay quienes habiendo sido brillantes en la escuela posteriormente por otras razones han fracasado, y quienes habiendo sido alumnos malos o mediocres en la escuela, han encontrado luego el camino del éxito (personal y profesional), sí es reflejo de que no se está aprendiendo satisfactoriamente o no se está cumpliendo con las responsabilidades, por lo que se hace necesario investigar y corregir el problema que mientras dura produce muchos inconvenientes a nivel individual, familiar y educativo.

Independientemente de que la deficiencia en el rendimiento académico impida o no el acceso posterior a buenas universidades, o signifique o no un desempeño exitoso en la vida, trae otras consecuencias inmediatas que merecen ser consideradas. Los efectos de un mal aprendizaje que se evidencia con las calificaciones bajas son:

- Disminución de la autoestima académica y de la confianza en las propias capacidades intelectuales.
- Reacciones depresivas especialmente en niños mayores y adolescentes.
- Desinterés por esforzarse en adquirir buenas notas constituyéndose así un círculo vicioso.
- Aumento de la deserción escolar o absentismo de clases.
- Desprecio por parte de algunos docentes y de compañeros.
- Castigos frecuentes por parte de los padres o tutores que pueden llegar al maltrato físico y psicológico. En ocasiones los castigos impuestos a los adolescentes privándolos de privilegios como fiestas, paseos, utilizar el teléfono, la computadora

o salir con amistades pueden producir reacciones impulsivas en ellos como un intento de suicidio que afortunadamente no suele acabar en deceso.

- Carga económica para la familia que debe gastar en maestros o profesores auxiliares o en consultas especializadas, lo cual supone en bastantes casos casi como pagar dos veces o más la mensualidad de la escuela.
- Repetición de grados sobrecargando el sistema escolar.
- Paso a los siguientes niveles educativos con preparación insuficiente.
- Necesidad de utilizar el tiempo de vacaciones para continuar estudiando y haciendo exámenes.

- Cambio a escuelas de menor calidad que se convierten así, especialmente algunas privadas, en reservorio de malos estudiantes.
- Ansiedad y depresiones en padres de estos estudiantes, especialmente las madres que suelen enfrentar el problema más directamente por ser quienes más a menudo ayudan a sus hijos con las tareas y acuden a citas con los maestros. Puede darse el caso también, más frecuentemente en padres varones, que se sientan desilusionados con el hijo y lo traten en forma despectiva.
- El estudiante se acostumbra a tener que hacer sus tareas y estudiar con otras personas (familiares o tutores) desarrollando excesiva dependencia en este sentido lo cual contribuye más a su inseguridad y baja autoestima.

Las causas de este problema son diversas aunque pueden darse en combinación. Mi experiencia me dice que la mayoría de estos casos no son bien estudiados ni detectados a tiempo, y cuando llegan a una consulta, ya tienen varios años de bajo rendimiento o ya han repetido grados. Desde que un niño ingresa al sistema educativo preescolar se pueden ir conociendo las señales de un posible aprendizaje deficiente, lo cual se hace más fácil en las escuelas privadas que cuentan con niveles de maternal y pre kínder, pues las escuelas públicas no los tienen.

Conocemos muchos casos de niños que son promovidos a un segundo y hasta un tercer grado sin saber leer o con un nivel de lectura insuficiente y que por no ser catalogados como retardados mentales en las evaluaciones psicométricas, no son ubicados en aulas especiales y continúan en el sistema regular. Algunos, los menos, pueden conseguir que se les dé una ayuda especial unas horas a la semana, pero normalmente deben buscarla fuera del plantel educativo al que asisten. Cuando un estudiante fracasa el primer grado o a medio año ya se ve que no logrará superarlo, debería estarse estudiando si es que no se le han detectado síntomas en el preescolar o no asistió al mismo; no obstante se suele esperar a que termine el año y se haga oficial su imposibilidad de pasar al segundo grado para entonces acudir en busca de ayuda profesional.

Los factores que se relacionan con el bajo rendimiento escolar son los siguientes:

- Trastornos físicos que dificultan el aprendizaje,
- Trastornos del desarrollo del lenguaje.
- Lento aprendizaje.
- Trastornos específicos del aprendizaje: dislexia, disgrafía y discalculia.
- Trastornos de la psicomotricidad.
- Trastornos emocionales y enfermedades psiquiátricas.
- Trastorno hipercinético y de la atención.
- Trastornos de la conducta.
- Estudio insuficiente y/o deficiente.

- Enseñanza deficiente.
- Mala relación maestro-alumno.

Estos factores etiológicos afectan las disposiciones y capacidades básicas para un buen desempeño académico que son las siguientes:

- La motivación.
- La atención.
- La concentración.
- La asimilación y comprensión.
- La memoria.
- El razonamiento.
- La transmisión de lo aprendido.

•-LOS TRASTORNOS FÍSICOS QUE DIFICULTAN EL APRENDIZAJE

Los trastornos físicos que más comúnmente afectan el aprendizaje son los defectos visuales, los auditivos y enfermedades como la anemia y la desnutrición. La mala visión puede deberse a miopía, hipermetropía, astigmatismo o estrabismo. No incluiremos aquí a los niños que padecen de ceguera o de una pérdida visual suficiente como para necesitar una educación especial para estos casos.

La miopía consiste en una disminución de la visión lejana, o visión corta, debido a que el rayo de luz se proyecta, o converge, delante de la retina y no en ella lo que es causado por un alargamiento del globo ocular. Los niños con este defecto visual no logran ver bien las letras sobre el tablero desde donde están sentados, especialmente si lo están muy atrás. En la hipermetropía sucede al revés, la luz se proyecta por detrás de la retina ya que el globo ocular es muy corto. La mala visión obliga al niño a acercarse mucho a los objetos o a los libros para poder enfocar mejor, dando como consecuencia dificultad para leer.

En el astigmatismo, debido a que la córnea tiene forma ovalada las imágenes se forman distorsionadas dando mala visión tanto lejana como cercana. El astigmatismo puede combinarse con la miopía o la hipermetropía. En el estrabismo hay pérdida del paralelismo de los ojos estando ambos o uno de ellos desviado hacia dentro, hacia fuera arriba o hacia abajo. En el estrabismo se produce visión doble, disminución de la agudeza visual de un ojo respecto al otro, pérdida de la visión binocular y posiciones anómalas de la cabeza.

Todas estas condiciones que hemos descrito pueden ocasionar dolores de cabeza y cansancio además de los defectos de visión. Existen tratamientos adecuados para cada una de ellas y por eso es importante detectarlas temprano y referir al niño a una clínica oftalmológica. Las revisiones periódicas de la capacidad visual de los niños, desde la etapa preescolar, en forma anual o bianual, permitirá detectar estos defectos y corregirlos a tiempo.

La medición de la capacidad auditiva es otro examen que se requiere con regularidad. Los niños pueden tener una audición defectuosa por congestión nasal y del oído medio después de resfriados o procesos alérgicos, así como también por obstrucción del oído con cerumen u objetos extraños. La medida de la audición es lo que se conoce como audiometría y nos da la capacidad auditiva en decibelios (dB). Se toma como normal una audición hasta 20 decibelios. Cuando está entre 20 y 40 dB puede haber dificultad para escuchar sobre todo si se les habla en voz baja a cierta distancia y existe ruido de fondo. Por debajo de 40 dB escuchar y entender una conversación es mucho más difícil. Cuando se trata de niños escolares con obstrucción del

oído por cuerpo extraño, congestión serosa, o cerumen solamente se da la pérdida auditiva en el oído afectado que se compensa si el otro oído está bien.

El maestro tiene que estar atento a la posibilidad de que un estudiante con bajo rendimiento no esté oyendo bien. Es posible que este alumno no le responda cuando le hable de lejos o sin que aquél le vea la cara. Antes de calificarlo como desobediente debe estar seguro de que oye normalmente.

La desnutrición es un problema que encontraremos en las escuelas rurales y en las urbanas donde asisten niños de familias pobres que no ganan lo suficiente como para proporcionarles una alimentación adecuada. Estos niños desnutridos carecen de la energía suficiente para soportar la jornada escolar, especialmente si las condiciones del aula son malas (excesivo calor, mala iluminación, ruidos). Presentan cansancio, tendencia al sueño, mala atención y concentración, y generalmente bajos índices de capacidad intelectual si la desnutrición es crónica.

La anemia, o disminución de la hemoglobina o de las células sanguíneas encargadas de transportarla o glóbulos rojos, puede producirse por carencias alimentarias como es el caso de la anemia por falta de hierro o falta de vitamina B12; por formación anómala de los eritrocitos (glóbulos rojos) como en la anemia falciforme o la talasemia; por pérdida constante de sangre o por falta de producción por la médula de los eritrocitos debido a la acción tóxica de algún químico, radiaciones, medicamentos o algunas enfermedades. No obstante la más frecuente y la que más se ve en los niños de escasos recursos es la anemia ferropénica o por falta de hierro. La hemoglobina tiene que estar en el organismo en una cantidad de 11 a 14 gramos por decilitro de sangre, de modo que por debajo de la primera cifra empiezan los niveles de anemia.

Algunos niños pueden funcionar aparentemente bien con niveles algo bajos, pero al llegar a valores como 8 gr/dl o menos pueden manifestarse más intensamente los síntomas (cansancio, palidez, pobre atención). Los suplementos nutricionales y el hierro en estas poblaciones carenciadas ayudan a suprimir la desnutrición y la anemia como causa de fracaso escolar.

Otros trastornos físicos como enfermedades crónicas (asma, diabetes juvenil, epilepsia, cáncer, etc.), también pueden interferir con el desempeño académico sobre todo por el absentismo debido a situaciones de crisis y hospitalizaciones. Los niños con estas enfermedades que los obligan a internamientos largos, necesitan de tutores que les ayuden a continuar sus estudios en el centro hospitalario en la medida que permitan sus condiciones médicas, siendo este un servicio que debe coordinarse entre el departamento de trabajo social del hospital, la familia y la escuela.

•-TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Cuando un niño llega a la escuela, ya desde el maternal, es de esperar que disponga de un amplio vocabulario, esté formando frases completas y entendiendo bien lo que se le dice en una conversación con términos de uso común. Nos referimos a niños de capacidad intelectual normal y mayores de tres años. En el caso contrario, le será difícil la adaptación y el aprendizaje especialmente cuando esté en el kinder o en un primer grado y necesita dominar los conceptos básicos de tiempo, espacio y lugar, así como tener la capacidad para manejar símbolos lingüísticos. Aprender la lectura y la escritura se dificulta igual que poder expresarse verbalmente.

El trastorno del lenguaje puede ser expresivo, receptivo o combinado. Cuando el niño presenta un trastorno expresivo su lenguaje escrito será muy similar al verbal, con defectos parecidos. En el caso de un trastorno receptivo o mixto, la situación es más grave ya que la comprensión está comprometida. Este tema de los problemas del desarrollo del lenguaje se tratará más ampliamente en otro capítulo pero aquí baste decir que todo niño que estando en un nivel preescolar, entre los tres y los cinco años de edad y no tenga un lenguaje adecuado a su

edad necesita ser evaluado por un especialista en la materia (médico foniatra y/o fonoaudiólogo) y recibir estimulación de lenguaje.

•-LENTO APRENDIZAJE

En esta categoría incluimos a los estudiantes que presentan incapacidad o inmadurez en las funciones cognitivas básicas para el aprendizaje: atención y concentración, asimilación y comprensión, razonamiento y memoria. En la adolescencia tienen mucha dificultad para el razonamiento abstracto. Son niños que requieren mucha supervisión y ayuda; se distraen constantemente y no participan activamente en clases. Se frustran con facilidad y muestran mínima disposición al estudio.

Entran dentro de este grupo los que presentan niveles de inteligencia bajos como:

- Los retardados (niveles de cociente intelectual por debajo de 70).
- Los de inteligencia limítrofe (C.I. entre 70 y 79).
- Los de inteligencia normal baja (C.I. entre 80 y 89).

Hay muchas diferencias entre estos niños en cuanto a su desempeño en la vida diaria, siendo los últimos, los de C.I. normal bajo, quienes con excepción de sus dificultades escolares, que no siempre tienen, pueden llevar una vida por lo demás normal. Por otra parte, los retardados graves y profundos con niveles intelectuales por debajo de 49 no son capaces de un aprendizaje escolar aunque sea con planes especiales, y los que están entre 50 y 69 de C.I. también pueden mostrar importantes diferencias en su funcionamiento personal, social, y en el aprendizaje. No obstante, el aprendizaje lento es más frecuente en los niños y jóvenes que en las evaluaciones psicométricas obtienen cocientes por debajo de lo considerado normal promedio que corresponde a 90. En el capítulo que trata sobre las discapacidades intelectuales se explicará mejor lo relacionado con el tema.

•-TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE

En este apartado describimos tres tipos de trastornos que dificultan el aprendizaje en niños que tienen capacidad intelectual normal o incluso alta y son la dislexia, la disgrafía y la discalculia.

La dislexia se conoce como la dificultad para el normal aprendizaje de la lectura y la escritura. También se le ha denominado ceguera para las palabras. Según la teoría más aceptada, la dislexia es un problema de base lingüística en el que existe una disfunción en las áreas cerebrales relacionadas con el lenguaje como los lóbulos temporal y parietal izquierdos. Se requiere para su diagnóstico que el aprendizaje de la lectura y la escritura sea inferior a la edad, la inteligencia del individuo y el grado escolar en el que está.

Lo típico de los niños disléxicos es la incapacidad en mayor o menor grado para la comprensión de la lectura, la lentitud al leer, las omisiones, sustituciones, distorsiones e inversión de letras o palabras, y la dificultad para recordar lo leído. Estas dificultades las tienen tanto para la comprensión visual como auditiva de los símbolos verbales (ya sea que lean o se les dicte cometen errores). Con frecuencia se asocia a problemas de lateralidad, esquema corporal, del ritmo e inestabilidad motriz y de capacidad visomotora. La atención disminuida y alteraciones emocionales se ven también a menudo en ellos como consecuencia de sus problemas en el rendimiento. La dislexia es un trastorno que debe detectarse cuando el niño ya está en el kinder y a más tardar en los dos primeros años de la primaria.

La disgrafía es un trastorno de la escritura que se da en ausencia de otros problemas (sensoperceptivos, intelectuales, pedagógicos o emocionales) y que se caracteriza porque el niño escribe con letras o muy grandes o muy pequeñas, con unión defectuosa de letras o palabras, fuera del renglón, en espejo, o de manera ininteligible. No es raro que se asocie con la dislexia y con otras disfunciones de la motricidad. Nos hemos referido a la disgrafía primaria pero pueda darse la disgrafía como consecuencia de patologías neurológicas o sensoriales y a otras edades. La disgrafía primaria suele notarse cuando ya el niño lleva avanzado el primer grado de la primaria y se espera que no cometa ciertos errores que son normales como parte del proceso inicial de aprendizaje de la escritura.

La discalculia consiste en una dificultad primaria para las matemáticas. Se afectan en este caso la capacidad para el manejo de símbolos matemáticos y la habilidad para razonar con números. Los niños con discalculia quedan rezagados en el aprendizaje de las operaciones aritméticas básicas, y se apoyan, para sus cálculos en objetos tangibles como los dedos de la mano mucho más tiempo que los que no la padecen. La memorización y comprensión de las tablas de multiplicar es engorrosa y lenta. Muchas veces llegan a la secundaria sin haberlas aprendido. La discalculia es un problema que también debe diagnosticarse en los primeros dos años de la escuela primaria.

•-TRASTORNOS DE LA PSICOMOTRICIDAD

La psicomotricidad trata de las relaciones entre las cualidades de los movimientos musculares y la actividad psíquica de quien los realiza. Los defectos de la psicomotricidad acompañan muchas veces a los trastornos específicos del aprendizaje y a otros trastornos del desarrollo, como el retardo del lenguaje, ya que en esos casos, forman parte de un grupo de efectos de una disfunción cerebral subyacente.

No obstante, cuando la falta de una adecuada integración psicomotora es predominante o primaria, los problemas en la lectura, la escritura y la torpeza para actividades como la educación física, el arte o la música, se dan en forma secundaria. Síntomas de una disfunción psicomotriz son la inestabilidad y torpeza motora, los problemas de ritmo, de lateralidad, de la habilidad visomotora, de ubicación del cuerpo en el espacio en relación con los demás objetos y para integrar a nivel superior la propia imagen corporal.

•-TRASTORNOS EMOCIONALES Y ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Aquí es menester distinguir entre situaciones de índole emocional provocadas por circunstancias externas y que pueden ser de carácter transitorio o crónicas, y las enfermedades mentales. Todas ellas causan interferencia en el proceso normal de aprendizaje por afectar las condiciones básicas del mismo. Entre las primeras la ansiedad y las alteraciones del ánimo son las causas habituales de bajo rendimiento académico.

Factores externos como problemas familiares, duelo, divorcio de padres, cambios de escuela con pérdida de amistades, rechazo de parte de los compañeros son los que más comúnmente producen estados de ánimo bajo y estados de ansiedad. Cuando estas circunstancias se prolongan por varias semanas la situación se torna crónica y las calificaciones del alumno afectado tienden a ir bajando, lo que se hace más evidente en casos de estudiantes con buen rendimiento previo. Estos niños con problemas de tipo emocional suelen mostrarse tristes, apartados, con poco interés en participar de la clase o hacer trabajos, distraídos y en ocasiones querellantes o agresivos. Se trata de niños deprimidos.

Otras veces se muestran nerviosos, pidiendo muchos permisos para ir al sanitario, inquietos, inatentos, inseguros a la hora de rendir exámenes o dar una lección oral. Son los niños en estado de ansiedad. Algunos niños son ansiosos por temperamento y desde que ingresan a la escuela, pero mayormente después del período preescolar, sus niveles de ansiedad entorpecen el proceso de aprendizaje. En este caso es un problema crónico. Cuando hay problemas familiares o interpersonales de larga duración también la ansiedad o el estado anímico alterado se hacen persistentes si el niño no ha logrado adaptarse y superar la situación traumática. Cuando lo logra o cuando el asunto que causa su malestar se normaliza en poco tiempo, entonces su desequilibrio emocional dura poco y por tanto su rendimiento retorna a su nivel previo.

Las enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, el abuso habitual de drogas, los casos graves del síndrome de Gilles de la Tourette, la anorexia nerviosa en sus etapas avanzadas y los casos de síndrome obsesivo-compulsivo muy intensos, impiden un rendimiento normal por incidir negativamente sobre las funciones psicológicas y emocionales. Nos estamos refiriendo a enfermedades de larga duración que no estén tratadas eficazmente, ya que otras que son transitorias y reversibles, o las mencionadas cuando están controladas, no tienen que inhabilitar a la persona para aprender, al menos no significativamente. De cada una de estas enfermedades se tratará después más ampliamente, pero interesa saber que generalmente aparecen en la pubertad y en la adolescencia.

•-EL TRASTORNO HIPERCINÉTICO Y DE LA ATENCIÓN

La inatención, la impulsividad y la inquietud son los tres síntomas que componen el núcleo básico de este trastorno. Suele tratarse de niños de inteligencia normal y sin anomalías sensoperceptivas ni trastornos de la comprensión del lenguaje. Acompañando a la tríada básica hay dificultad para organizarse y actitudes emocionales inmaduras sobre todo cuando el niño es hiperactivo. Asociados a este síndrome se encuentra a menudo conducta oposicionista y otros trastornos conductuales.

También puede combinarse con trastornos específicos del aprendizaje. La disminución del tiempo de atención, la impulsividad y la desorganización al escribir y hacer sus tareas y exámenes traen como consecuencia que el rendimiento desmejore o que no sea acorde con la capacidad intelectual del estudiante. El niño hipercinético generalmente tiene aversión a la lectura y al trabajo intelectual encontrando más interés en actividades prácticas y deportes. Si el niño además de tener déficit de atención e hipercinesia presenta algún trastorno específico del aprendizaje, su aprovechamiento es aún más deficiente.

•-LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Los alumnos catalogados como mal portados que no son ni de lento aprendizaje, ni presentan déficit atencional o trastornos alguno que le impida aprender, son a la vez normalmente malos estudiantes porque:

- No tienen motivación por estudiar.
- Pierden el tiempo y se distraen fomentando el desorden en el aula.
- No llevan sus tareas a la casa, no terminan los trabajos o no los entregan.
- Son castigados frecuentemente en la escuela y en la casa lo que aumenta su rechazo por el estudio.
- No acostumbran a leer.

- Cuando estudian lo hacen de manera superficial y rápida.

Estos estudiantes díscolos exhiben comportamientos infantiles o son más agresivos de lo normal, más interesados en llamar la atención o imponerse a los demás. En los grados de secundaria se enfrentan muchas veces con los profesores en forma violenta, verbal o física, lo que crea un ambiente de rechazo hacia ellos y poco apto para el proceso de enseñanza y aprendizaje.

•-ESTUDIO DEFICIENTE Y/O INSUFICIENTE

El mal hábito de estudio es una de las causas más importantes de fracaso escolar y más común que las descritas hasta ahora. Es parte generalmente del problema que tienen los mal portados, los hiperactivos y de los que sufren de aprendizaje lento o trastornos del aprendizaje, pero por si solo está muy extendido. Se caracteriza por:

- Ausencia de un horario acostumbrado de estudio.
- Estudio en lugares o posturas inadecuadas como estudiar en la cama, en el suelo, en sitios donde hay muchos distractores, con la televisión encendida o con música a alto volumen, etc.
- Lectura rápida, poco profunda y con uso casi exclusivo de la memoria sin entender a cabalidad el contenido de la materia.
- Preparación de exámenes de un día para otro.
- Estudiar solamente lo que piensa que preguntarán en el examen.
- No interesarse por ampliar la materia investigando en otras fuentes que no sea el libro de texto o los apuntes de clase.

Lo que motiva este mal hábito de estudio es la escasa o nula motivación para aprender; no se tienen una conciencia clara de qué utilidad tiene hacerlo y la escuela es más bien algo aburrido y fastidioso que no debería existir. Muchos alumnos con estas características, especialmente de escuelas públicas, abandonan los estudios no superando un primer año de secundaria o a lo más un tercero o primer ciclo. Otros, de escuelas privadas acaban la secundaria después de varios cambios de colegio y con notas mínimas, o en una escuela militar en el exterior si son varones. Relacionado con el poco estudio está el patrón inadecuado de sueño que consiste en dormir poco de noche y hacer largas siestas en la tarde. La costumbre de ver televisión o utilizar la computadora hasta muy entrada la noche, es causa de cansancio y somnolencia en la escuela y al mediodía, lo que se traduce por menos atención en clases y sueño vespertino que le resta al estudio las horas más apropiadas.

•-ENSEÑANZA DEFICIENTE

La mala preparación preescolar hace que muchos niños inicien el prime grado de la primaria con desventajas importantes en el aprendizaje de la lectura, la escritura y la Matemática lo que se hace más evidente cuando el alumno pasa a otra escuela donde el sistema es más exigente o debe competir con niños que han tenido un mejor apresto. Alumnos muy inteligentes con estímulos suficientes en sus hogares pueden superar en poco tiempo esta desventaja, pero los menos aventajados o provenientes de medios socio familiares pobres en estímulos intelectuales pueden quedar rezagados y fracasar, si no el grado, por lo menos esas materias fundamentales.

Igualmente puede suceder más adelante, en otros niveles académicos con asignaturas como las ya citadas, los idiomas, la Química y la Física, materias que requieren de una adecuada preparación inicial para poder tener éxito en las etapas siguientes. La enseñanza deficiente ya sea por incapacidad docente del maestro o profesor, ya sea por otras razones (período escolar muy corto con muchas interrupciones, falta de recursos apropiados para la enseñanza), no tiene que generar un fracaso total del estudiante sino solamente en aquellas áreas específicas en las que la instrucción resultó pobre. Otra consecuencia de una enseñanza de baja calidad son los fracasos en las pruebas de ingreso a los centros de enseñanza superior.

•-MALA RELACIÓN MAESTRO-ALUMNO

Como sucede con la enseñanza deficiente, en estos casos el bajo rendimiento se da en las asignaturas impartidas por el docente con quien se tiene conflictos. Si se trata de una maestra de primaria que enseña las materias básicas del pensum, entonces el fracaso es más amplio. Hemos tenido la experiencia de niños de escuela primaria poco motivados o a veces rechazados por sus maestros que al ser asignados a otro educador ya sea en la misma escuela o en una nueva, mejoran automáticamente sus calificaciones. También lo hemos visto en casos de alumnos de secundaria que siempre fracasan con los mismos profesores con quienes no mantienen empatía, pero tienen mejores resultados con los que se llevan bien. Esto pasa incluso con alumnos que no tienen problemas para aprender y dedican en sus casas tiempo suficiente al estudio. No es infrecuente que el bajo rendimiento por mala relación con el docente se combine con una enseñanza deficiente de parte de éste.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

Los pasos a seguir para conocer las posibles causas de bajo rendimiento escolar en un estudiante deben ser los siguientes:

- Evaluación médica que incluya valoración del estado nutricional, visión y audición.
- Investigación del estilo de vida que incluya hábitos alimentarios, patrón de sueño y hábitos de estudio.
- Conocimiento de la situación familiar para saber si existe alguna situación traumática que lo afecte.
- Evaluación psicológica para determinar sus capacidades cognitivas, psicomotoras, psicolingüísticas, habilidades, motivaciones e intereses.
- Evaluación psiquiátrica para conocer su estado de salud mental.
- Evaluación del lenguaje en caso de notarse dificultades en esta área de su funcionamiento.
- Estado de sus relaciones interpersonales dentro del grupo.
- Estado de sus relaciones con maestros o profesores.
- Preparación obtenida en grados previos.
- Calidad del docente y de sus clases.

En esta investigación deben colaborar profesionales de diferentes especialidades y la misma escuela por medio de su gabinete psicopedagógico. En lo que respecta a los puntos 9 y 10, la Dirección del centro educativo necesita adoptar una posición imparcial y objetiva.

Para afrontar adecuadamente los casos de mal rendimiento o fracaso escolar el primer paso es llegar a un diagnóstico para así poder planificar el tratamiento apropiado. En el manejo

de estas situaciones podemos establecer unos puntos generales y otros específicos. Los primeros son:

- Una actitud comprensiva y de disposición a ayudar por parte de los educadores y de la Dirección de la escuela.
- Establecer un ambiente de aprendizaje dinámico, entretenido y cordial para interesar y motivar a los alumnos.

- No perder de vista que fracasar no es la meta del docente, y por tanto debe hacer lo que esté a su alcance para que los alumnos aprendan.
- Tener un enfoque flexible y personalizado de la enseñanza, y no establecer objetivos inalcanzables para los estudiantes de un determinado nivel escolar.
- Tener conciencia por parte de los educadores de que los niños con alguna dificultad para el aprendizaje o el rendimiento, requieren más atención de ellos que los que no los tienen.
- No saturar a los alumnos con trabajos para la casa y procurar que hagan la mayor parte, o lo más importante dentro de la escuela y con su supervisión.
- Utilizar un sistema de evaluación más justo, en el que un solo examen con una baja nota no arruine todo lo que el alumno ha logrado día a día como sucede con los exámenes bimestrales.
- Mejor preparación de los docentes en temas como la inclusión de estudiantes especiales y en manejo de disciplina en el aula.
- Coordinación estrecha entre escuela y padres de estudiantes con bajo índice académico para planificar estrategias de ayuda. No rechazar la responsabilidad de la escuela dejándosela toda a la familia del alumno.
- Detección temprana de los problemas de rendimiento desde el preescolar y cada inicio de año académico en todos los grados. Los maestros y profesores deben mantener informados a los que les sucederán el siguiente año acerca de los estudiantes que requieren ayuda.
- No improvisar. Tener planes ya elaborados para afrontar diferentes tipos de niños con dificultades de aprendizaje.

Las pautas específicas se relacionan con cada una de los problemas que causan el bajo rendimiento:

- Corrección de cualquier anomalía física como los defectos visuales, la hipoacusia, la desnutrición o la anemia.
- Terapia del lenguaje para niños con retraso en el desarrollo del mismo o defectos de la expresión verbal.

Afrontar los casos de lento aprendizaje y de estudio insuficiente mediante:

- El conocimiento de la situación pedagógica del alumno;
- establecer un plan para ayudarlo a superar el atraso que pueda tener en asignaturas como Español y Matemática y si se trata de un niño con un C.I. incluirlo en un programa de enseñanza especial integrada;
- mejorar su autoestima académica;
- establecer en coordinación con sus padres o tutores un plan sistemático y efectivo de estudios;
- ayudarlo paulatinamente a ser independiente en sus estudios;

- no someterlo a exigencias para las que aún no está preparado; adaptar el ritmo de trabajo a sus capacidades en la medida de lo posible;
- darle tiempo para que transcriba la lección del tablero y animarlo a hacerlo en caso de que esté renuente a ello;
- hacer que dedique más tiempo a la lectura comprensiva en la casa con la supervisión de un adulto;
- mantener una relación más estrecha, incluso por vía telefónica, con el maestro de grado o con los profesores consejeros;
- incluir ayuda psicoterápica con un psicólogo clínico o psiquiatra pediatra en caso de que sus problemas escolares lo hayan afectado emocionalmente;
- orientar a los padres para reducir su ansiedad, enseñarles a sobrellevar la situación y a cómo guiar al niño en sus deberes escolares.
- Referir a un especialista en trastornos del aprendizaje en caso de que se trate de un estudiante con dislexia, disgrafía o discalculia para iniciar la terapia pedagógica correspondiente.
- Referirlo a terapia de estimulación o reeducación psicomotriz si presenta disfunciones psicomotoras.

En los casos de niños con bajo rendimiento por trastornos de ansiedad, depresión o enfermedades psiquiátricas, la referencia debe hacerse directamente a una clínica de Psiquiatría de Niños y Adolescentes para su debido tratamiento. Los educadores necesitan conocer la naturaleza del problema psicológico del estudiante para no cometer errores como calificarlo de vago, rebelde o irresponsable; deben brindarle apoyo emocional y flexibilizar el programa para que pueda cumplirlo, especialmente si tiene que ausentarse muchos días por el malestar psíquico o porque está internado. Pero también están obligados a ser discretos y respetar la privacidad del alumno no divulgando su estado a los demás estudiantes o a otros educadores no relacionados con aquél.

Cuando es un niño con diagnóstico de trastorno hipercinético y de atención, la administración de un medicamento tiene que ser a discreción del médico que lo recetará cuando así lo considere necesario, y no por presiones de personas profanas en cuanto a psicofarmacología se refiere. Otros aspectos del manejo psicológico y pedagógico de estos niños se tratarán en el capítulo correspondiente al tema.

Los alumnos con trastornos de la conducta con o sin el trastorno hipercinético y de la atención, con o sin trastornos de aprendizaje, no es adecuado enviarlos muy pronto a una clínica psiquiátrica o psicológica, siendo preferible que se le ayude a superar su mala conducta con la intervención conjunta de los maestros con el gabinete psicopedagógico, o si no lo hay, con la Dirección de la escuela. Tampoco se debe culpar sin conocimiento de causa a la familia ni rechazar al alumno pues agravaría su problema conductual. El tratamiento dentro de la escuela se basa en:

- Tratar de observar mejor la conducta para determinar sus antecedentes y consecuencias (qué la provoca y qué efectos tienen);
- Intentar saber si existen condiciones familiares que provoquen los trastornos comportamentales del estudiante;
- Conocer cómo es la relación del alumno con sus maestros o profesores;
- Reunión de trabajo cada dos o tres días con el alumno mal-portado por parte de un miembro del gabinete psicopedagógico o del consejero;

- Establecer compromisos y acuerdos con el estudiante respecto a su conducta (privilegios o castigos);
- Evitar el castigo por suspensión o expulsión;
- Reforzar las conductas normales o buenas que pueda exhibir el alumno;
- Darle responsabilidades que lo animen a un buen comportamiento;

- Tratar de que comprenda que no debe esperar que se le imponga la disciplina, sino que debe ser una actitud personal, por convencimiento, que favorezca el normal aprendizaje;
- No comunicar a los padres la mala conducta del hijo con un afán de que se le castigue o maltrate, ni tampoco pensando que toda la solución la tienen ellos. En todo caso, para que sepan que la escuela está trabajando en eso y pedirles su colaboración en aras de una acción conjunta y coordinada;
- Solamente referir a los profesionales de la salud mental cuando no ha sido efectivo el tratamiento intra escolar o de situaciones muy graves.

La mala relación de algún alumno con el maestro o con un profesor obliga a éstos a revisar sus propias actitudes hacia aquél, y hacer gala de más madurez como adultos para crear un clima de mayor entendimiento y cordialidad. Si al docente le resulta difícil dar ese paso, entonces debe intervenir el personal especializado del gabinete psicopedagógico o la Dirección de la escuela para ayudar a mejorar la relación entre ambas partes. De no lograrse el objetivo el estudiante se beneficiará al ser asignado a otro maestro o profesor. En algunos casos donde aquél se siente rechazado por varios maestros o profesores, un cambio de escuela sería lo indicado de no mejorar la situación.

II

LOS TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

La 10ª Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) define los trastornos hipercinéticos como «un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado, con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas, y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variables y persisten a lo largo del tiempo».

Esta clasificación divide los trastornos hipercinéticos (TH) en:

- Trastorno de la actividad y de la atención (equivalente a trastorno de déficit de atención y a síndrome de déficit de atención con hiperactividad).
- Trastorno hipercinético disocial (o con trastornos de conducta).
- Otros trastornos hipercinéticos.
- Trastorno hipercinético sin especificación (o reacción hipercinética de la infancia y adolescencia sin especificar).

Las dos primeras categorías son las que interesan para los fines de esta obra, y aunque en la actualidad es más frecuente llamar al THA como Síndrome de Déficit de la Atención con Hiperactividad, utilizaremos la terminología de la CIE-10.

Los TH son un problema que ha adquirido gran notoriedad en las últimas dos décadas, y actualmente son objeto de muchos debates y controversias debido a la frecuencia con que se diagnostican y a su tratamiento farmacológico. Numerosas publicaciones científicas, libros para no especialistas, artículos de periódicos, en la Internet y documentales de televisión se han dedicado a este tema; se han fundado agrupaciones para difundir su conocimiento entre el público y asociaciones de padres de niños que han sido diagnosticados de alguna de sus variantes. Incluso ha llegado a tratarse el tema en lugares como el Congreso de los EE.UU. de Norteamérica y se ha legislado respecto a los derechos de los afectados en materia de educación.

Otras personas, especialmente entre el público no especializado, rechazan la existencia de tales trastornos o síndromes, y acusan a los médicos y psicólogos de haberlos inventado, asignándole un carácter patológico a conductas propias de la niñez. También han surgido agrupaciones dedicadas a desacreditarlos. Abona más en beneficio de esta tesis el hecho de que pareciera existir una tendencia a diagnosticar en exceso dichos trastornos y por tanto, que millones de niños en el mundo estén siendo medicados con los estimulantes que son los fármacos que se utilizan para mejorar sus síntomas.

No se puede negar tan a la ligera que hay niños que presentan los síntomas de los trastornos hipercinéticos, y todo el que tiene experiencia clínica en Psiquiatría lo puede atestiguar; pero la frecuencia tan alta del diagnóstico en algunos países se hace sospechosa de una disposición a abrir demasiado el compás, incluyendo como tales situaciones no patológicas u otras que se enmarcan dentro de otros cuadros sindrómicos. La inquietud motriz y la inatención tienen una variada posibilidad etiológica que es necesario identificar por medio de un adecuado proceso de diferenciación, lo que denominamos en clínica un diagnóstico diferencial. El hecho de que sea una «enfermedad de moda», una especie de pandemia, parece apuntar a que no se realiza este proceso o no se hace adecuadamente, ya sea porque no se conoce bien las conductas que pueden surgir en el proceso evolutivo normal de un niño, o las otras patologías que se deben investigar.

Diferentes tipos de profesionales se han abocado a señalar este trastorno en la población infantil aparte de los especialistas en salud mental, como psicólogos no clínicos, médicos neurólogos, pediatras y educadores; personas que no tienen entrenamiento en psicopatología y por ende, no tienen la capacidad de hacer un diagnóstico diferencial. Cuando tienen delante un niño que se mueve algo más de lo normal o es inatento en la escuela, toman como base su propia predisposición a diagnosticar el trastorno hipercinético y la información dada por el maestro o los padres, siendo así que ésta no siempre es objetiva, ya que puede ser producto de una percepción errónea que no toma en cuenta otros factores y solamente lo aparente.

Por otro lado, cuando el público profano asiste a conferencias o seminarios dados por supuestos especialistas en el tema, se le refuerza más la tendencia a ver estos trastornos en cualquier niño algo mal portado o con un rendimiento escolar bajo. Algunas veces acertarán en su suposición, pero muchas otras se equivocarán tomando como trastorno de hiperactividad y/o de la atención lo que no es. Por consiguiente, es importante, por la misma salud de los niños, que el diagnóstico lo realice un profesional entrenado en los trastornos del comportamiento y las enfermedades mentales, y conocedor de la psicología de la niñez y la adolescencia. Para no caer en el sobre diagnóstico, es además necesario aplicar un criterio más estricto en relación a los síntomas, su duración, su intensidad y su ubicuidad.

Es mi opinión que este problema no debe ser considerado como una enfermedad, sino como una tendencia constitucional que en su interacción con el medio circundante se convierte

en un trastorno del comportamiento. Las limitaciones que pueda acarrear a la persona no están condicionadas intrínsecamente, sino por exigencias sociales y culturales. Como ejemplo de esto, en una población rural de nuestro país, donde los niños pasan la mayor parte del tiempo libre fuera de sus pequeñas viviendas -en el río, en el campo-, y en la escuela se da un ambiente de mucha tolerancia, dado el hecho de que es un centro educativo donde en un mismo salón hay alumnos de diferentes edades (por no haber suficientes aulas y por el retraso académico de algunos estudiantes), al interrogar a los maestros y padres sobre la existencia del trastorno de hiperactividad, las respuestas fueron negativas y simplemente parecía que no era un problema de importancia para ellos. Contrasta esto con las quejas frecuentes de inquietud por parte de los padres y maestros de áreas urbanas.

Lo inespecífico de los hallazgos en los estudios relacionados con las posibles causas neuro anatómicas y neurofisiológicas como veremos más adelante, orienta hacia la tesis de la variante normal, posiblemente genético-evolutiva, que no permite al individuo la adaptación a las exigencias escolares y sociales de la vida moderna. Parece pues, un problema de la modernidad más que de todos los tiempos como las enfermedades mentales u otros comportamientos anormales.

La vida de hoy es más competitiva y demandante; muchas familias habitan en casas con poco espacio para el libre movimiento de los más pequeños; las calles están congestionadas de vehículos y no son lugares donde los niños puedan jugar; los adultos resienten las presiones económicas y laborales y sufren de estrés que los torna más sensibles al movimiento de los niños y a sus travesuras, tomando por anormalidad lo que es actividad común en ellos. Cuando un menor es verdaderamente hiperactivo, suele mostrar a veces actitudes inmaduras que mal manejadas se convierten en lo que se conoce como conducta oposicionista, o en otras respuestas conductuales impropias como la agresividad. Quizá habría muchos menos hiperactivos disociales o con trastornos de conducta si los adultos supieran afrontar la situación más racional y eficazmente.

Los trastornos hipercinéticos varían en su frecuencia de un país a otro y de una investigación a otra dependiendo del criterio diagnóstico que se utilice, siendo mayor cuando es menos estricto. Así, se han dado cifras de hasta 17 y 20 % de la población escolar contrastando con las más conservadoras que van de un 3 a un 5%. Esta última parece ajustarse más a la realidad, mientras que las primeras parecieran obedecer a una inclusión indiscriminada de casos que no son realmente TH. Más acuerdo hay en que existe una proporción mayor de hombres que de mujeres que los presentan -del orden de 3 a 4 por 1-; como en el hecho de que empieza a manifestarse en los primeros cinco años de la vida, especialmente después de los 3 o 4 años, y se hace más evidente cuando el niño tiene que afrontar la disciplina y las tareas escolares. No es aceptable diagnosticar los TH en edades más avanzadas si la persona ha estado previamente sin los síntomas, ya que en esos casos la inquietud y la inatención se dan por otras causas.

La inquietud y la impulsividad en los niños con TH se manifiestan en el ambiente escolar por conductas como: pararse mucho, correr, saltar, gesticular; intranquilidad mientras permanece sentado; hablar demasiado; no saber esperar turno; contestar sin pensar; interrumpir la clase; escribir apuradamente; juego muy brusco. La inatención se hace evidente por: distracción, no finalizar actividades, cambio frecuente de actividad, olvidar donde están los útiles escolares; no atender instrucciones. Estas conductas también se presentan en el hogar como la falta de concentración para hacer tareas, la intranquilidad que incluso se puede dar durmiendo o comiendo, correr por la casa o saltar encima de los muebles, no mantener orden en sus cosas. Fuera del ámbito doméstico y del escolar como durante visitas, fiestas de cumpleaños, paseos, etc., la inquietud provoca exasperación en los demás y rechazo.

El TH puede darse sin más problemas añadidos como puede acompañarse primariamente de otros:

- Dificultades del aprendizaje.
- Disfunciones de la psicomotricidad.
- Tics transitorios o permanentes.
- Conductas dismaduras (perfil de madurez disgregado o disarmónico).
- Desarrollo físico lento.

Esta manifestación simultánea de dos o más trastornos o patologías es lo que se conoce como comorbilidad. En el caso de las anteriores no se trata de alteraciones secundarias a los TH, ni tampoco las causas de éstos, sino coincidentes y probablemente relacionadas en su origen. Otras situaciones comórbidas que sí pueden ser secundarias a los problemas que se suscitan en la vida de un niño hiperactivo son:

- Las conductas disociales (mentir, agresividad, vida delictiva en la adolescencia, rebeldía).
- Desobediencia o conducta oposicionista.
- Depresiones.
- Fracaso escolar.
- Estados de ansiedad.
- Conflictos en las relaciones interpersonales.

Estas últimas podrían surgir paralelamente y sin relación con las consecuencias de los TH, por coincidencia, por otras razones como en la vida de cualquier persona, pero a menudo están ligadas a aquéllas. Referente a las conductas disociales, se discute si se producen como consecuencia de las reacciones del medio a las conductas del niño hiperactivo o son concomitantes como las dificultades de aprendizaje, la dismadurez y los otros problemas que citamos más arriba. He observado que los hiperactivos que se crían y educan en hogares y escuelas de nivel social y económico bueno (medio-alto a alto), especialmente si viven en medio de relaciones familiares sanas, presentan menos conductas disociales, o al menos más leves y con mejor pronóstico. Los que proceden de niveles más bajos, viven en familias disfuncionales y acuden a escuelas públicas, tienen más probabilidad de abandonar los estudios, de tener hijos prematuramente, generalmente sin haber formalizado un hogar, y de caer en la delincuencia o las drogas. En el primer grupo, de los niños y jóvenes con estándar de vida más alto, el consumo y dependencia de drogas puede ser una de las consecuencias pero depende en gran medida de la calidad de la relación con los padres, sobre todo con el padre varón quien puede estar demasiado tiempo ausente por el trabajo o la vida social.

Antes de llegar al diagnóstico de trastorno hipercinético con o sin inatención, debe haber un proceso detallado de investigación por medio de:

- Un historial médico completo (que incluye el registro de los antecedentes biológicos, familiares, y sociales.
- Entrevista con los padres o familiares del niño.
- Cuestionarios para que los contesten los familiares.
- Entrevista con el niño y observación de su conducta en sesiones estructuradas y no estructuradas.
- Obtención de información de parte de la escuela (cuestionarios para que los contesten los maestros: dos o más maestros).
- Exámenes psicológicos y psicopedagógicos.
- Exámenes médicos y de laboratorio. El examen por el neurólogo es opcional en caso de existir síntomas que lo ameriten igual que el electroencefalograma (dolores

de cabeza, movimientos anormales, convulsiones o sospechas de que pueden darse, desmayos).

Habida cuenta de que necesitamos seguir todos estos pasos para definir el diagnóstico, es comprensible por qué no es factible que se realice en una sola sesión. Esto deben entenderlo los maestros y profesores quienes muchas veces están a la expectativa de la primera consulta del niño con su psiquiatra y suelen preguntar a los familiares: « ¿Qué dijo el médico? ¿No mandó a decir que podemos hacer con el niño?». Otras veces, las menos, se niegan a llenar los cuestionarios o lo hacen sin mucha objetividad. Es importante que cuando se sospecha que un estudiante tiene el síndrome hipercinético, se envíe a estudio durante el período de receso escolar o al inicio del año académico para poder hacer la investigación con tiempo y que no se pierdan muchos días de clases estando el año más avanzado. Toda la información recogida es analizada por el psiquiatra de niños quien aplicando sus conocimientos y juicio clínico establece el diagnóstico o lo descarta.

Estableceremos el diagnóstico de TH con o sin falta de atención cuando los síntomas:

1.-Sean excesivos para la edad del niño y su capacidad intelectual (C.I.).
2.-Se den tanto en la casa como en la escuela.
3.-Tengan la frecuencia y la intensidad suficientes como para interferir en el rendimiento académico y en las relaciones interpersonales.
4.-Se hayan iniciado antes de los 5 o 6 años de edad.
5.-Persistan por un mínimo de seis meses.
6.-No se deban a otra causa: conducta normal para la edad, enfermedad mental o física, alteración del comportamiento o situaciones transitorias, como veremos en el apartado de diagnóstico diferencial a continuación.

No se deben diagnosticar los TH si los síntomas son ocasionados en forma secundaria por:

- Discapacidad intelectual (moderada a grave; C.I. debajo de 50).
- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Trastornos de conducta.
- Trastornos del aprendizaje o aprendizaje lento.
- Trastornos neurológicos (lesiones cerebrales).
- Estados de ansiedad provocados por situaciones familiares anómalas, estrés post-traumático, o cualquier otro evento ansiógeno.
- Hipomanía o trastorno afectivo bipolar en fase maníaca (ver el capítulo correspondiente).
- Defectos sensoriales (de visión o de audición).
- Clases poco estimulantes (aburrimiento; falta de interés).
- Influencia de otros compañeros hiperactivos o mal portados.
- Mala relación con el maestro.
- Medicamentos (corticoides, anticonvulsivantes, para controlar el asma, hormona tiroidea, etc.).

El psiquiatra deberá saber si la inquietud y la falta de atención está en función de alguno de estos problemas arriba mencionados y hacer las interconsultas necesarias a otros especialistas para ayudarse en este proceso de diagnóstico (psicólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo y neurólogo fundamentalmente). Sus conocimientos de pediatría general lo deben capacitar para conocer los efectos de algunos medicamentos y de enfermedades neurológicas (traumas, meningitis, encefalitis, etc.,). Las enfermedades mentales y los

trastornos del comportamiento son su campo de estudio y experiencia, por lo que está en mejor posición que cualquier otro profesional de la salud para poder diagnosticarlos y saber cuando son previos a los TH, paralelos, o concomitantes con ellos.

En el trastorno hipercinético disocial, a la hiperactividad se añaden conductas tales como agresividad, crueldad hacia animales o personas, robos, fugas de la casa o de la escuela, rabietas y actitud desobediente frecuentes y graves. Ambos grupos de conductas (las de TH y las disociales), se dan juntas sin que se haga referencia a una relación causal entre ellas. Con los conflictos persistentes que se generan como consecuencia de la reacción de las demás personas a este tipo de conductas antisociales, se da un agravamiento progresivo del TH y del comportamiento de la persona afectada. En el THD se satisfacen las pautas para el diagnóstico tanto de trastorno hipercinético como de trastorno disocial.

El por qué existen niños con estos trastornos o síndromes (conjunto de síntomas relacionados) se ha tratado de explicar con diversas teorías, algunas de las cuales han perdido vigencia y otras se siguen investigando. Muchas décadas atrás hasta los años sesenta del siglo pasado, se atribuía la causa a una lesión o disfunción cerebral y por eso se le denominaba «síndrome de lesión cerebral mínima» o de disfunción cerebral mínima». Los estudios demostraron que los niños con hiperactividad no mostraban evidencias de daños en el cerebro, ni signos de alguna alteración funcional importante. Tampoco se pudo demostrar que ellos tuvieran mayor frecuencia de problemas prenatales o de parto. Hubo una época en la que se hacía un solo grupo con la hiperactividad y la inatención con los trastornos del aprendizaje, separándose posteriormente al quedar en claro que no forman parte de un mismo problema, aunque a veces puedan coincidir.

Después de abandonarse los nombres que inicialmente se le dieron, se usó el término de «síndrome de hiperactividad» que alude al síntoma principal, o sea, la inquietud motora excesiva a falta de un conocimiento de sus causas. A finales de los años setenta, después que Douglas sugiriera que la deficiencia en la atención es la base del problema, los psiquiatras norteamericanos lo denominaron «Síndrome de Déficit de la Atención con o sin Hiperactividad», y así es como aparece en su Manual Estadístico y de Diagnóstico de las Enfermedades en sus últimas dos versiones. La clasificación de la Organización Mundial de la Salud o CIE-10, no utiliza este término «porque implica un conocimiento de procesos psicológicos del que se carece, y llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosos, apáticos y soñadores, cuyos problemas son probablemente de diferente naturaleza». Posición a la que me atengo aunque muchos psiquiatras, quizás por razón de la influencia que tiene sobre nuestros países la medicina norteamericana, utilizan el nombre de Síndrome de Déficit de la Atención, o por sus siglas en inglés, ADD. El término hipercinético que utiliza la CIE-10, para algunos se diferencia del de hiperactividad en un sentido cuantitativo, aludiendo el primero a una inquietud mayor y con más implicaciones que el segundo. Creo que es una cuestión semántica que no tiene mayor relevancia clínica.

Otra teoría que intentaba dar explicación de la causa de los TH era la del doctor Feingold y que adscribía a ciertos productos alimenticios (salicilatos, colorantes y preservativos añadidos a los alimentos), la capacidad de provocar la hiperactividad mediante una especie de reacción tóxica, lo que llevó al tratamiento con dietas especiales en las que se eliminaban esos productos. Las investigaciones posteriores desacreditaron esta teoría y hoy se admite que solamente un 5% o menos de los niños con TH pueden mostrar alguna mejoría con esas dietas. También se especuló con las luces emitidas por los tubos de neón que existían en las aulas de las escuelas y con el plomo como factores causales, pero tampoco resultaron teorías acertadas, y en el caso del plomo, si bien puede haber inquietud en casos de intoxicación moderada, ya sería una hiperactividad secundaria y no constitucional como los es la de los TH que estamos mostrando.

Las investigaciones actuales van dirigidas más al campo de la neuroanatomía, de la neuroquímica y de la genética. En el primero mediante estudios de imágenes radiológicas con metodología moderna como la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones y la tomografía computarizada por emisión de fotón simple (SPECT en inglés). En el segundo mediante el estudio de sustancias que establecen la comunicación química entre las neuronas o neurotransmisores, y que excitan o inhiben determinadas acciones en el sistema nervioso central (dopamina, noradrenalina, serotonina principalmente). En el campo de la genética mediante el conocimiento de los genes implicadas en la formación y (los neurotransmisores, sus receptores, transportadores, enzimas catalizadoras).

La cantidad de estudios reportados es muy numerosa igual que los científicos trabajando en ellos, aunque aún no se ha podido llegar a resultados específicos que permitan darle a los TH una base biológica cierta. No obstante, se han visto algunas variantes en la anatomía y la actividad bioquímica cerebral de interés en este sentido. Igualmente, la Genética ha hecho aportes importantes que nos llevan un poco más adelante en el esfuerzo por entender mejor estos síndromes. Sin embargo, lo hasta ahora encontrado no es de utilidad para hacer el diagnóstico de TH y sigue siendo la clínica la que aporta los datos válidos en este sentido. Hallazgos de interés son:

- La disminución del volumen de algunas áreas cerebrales como la sustancia gris del lóbulo frontal derecho, de los ganglios basales y del vermix cerebeloso.
- Variantes anatómicas en áreas frontal, prefrontal y parietal derechas.
- Alteraciones en genes relacionados con los receptores y transportadores del neurotransmisor dopamina.
- Aumento de transportadores de dopamina en la región estriada del cerebro.
- Aumento del flujo sanguíneo en áreas sensoriales primarias de la corteza temporal y occipital, y disminución en la corteza frontal y en núcleos caudados.
- Disminución del 8% del metabolismo cerebral de la glucosa, mayormente en la corteza pre motora y prefrontal superior.

Estos hallazgos no son definitivos para dar una base biológica específica a los TH, y el significado de ellos no está suficientemente claro. Es posible que en base a la acción de diferentes genes se produzcan variaciones en la dinámica de la química cerebral, como la deficiencia de la acción de la dopamina y de la noradrenalina, que a su vez faciliten la emergencia de los síntomas de los TH. Las variantes anatómicas no tienen un origen conocido aunque podrían estar también relacionadas con cambios en los genes o en eventos prenatales. Será necesario integrar todos estos hallazgos en un esquema teórico que permita una explicación coherente de la sintomatología de los trastornos hipercinéticos con deficiencia de la atención.

El tratamiento de los niños y adolescentes con TH abarca varias modalidades:

- Manipulación del ambiente.
- Orientación a los familiares.
- Tratamientos individuales con el paciente.
- Métodos de modificación de conducta.
- Orientación pedagógica y educación especializada.
- Medicación.

La manipulación del ambiente, tanto en el ambiente escolar como en el doméstico, va dirigida a reducir la cantidad de estímulos distractores y facilitar el niño la concentración en sus tareas y estudio. Es de preferencia que estén en aulas de pocos alumnos, con iluminación

adecuada, sin ruidos u otros estímulos auditivos que no sean los de la voz del maestro, colocados en filas delanteras y no al lado de otro hiperactivo o mal portado, y de espalda a las ventanas si las hay. En la casa la habitación donde hace sus deberes el niño hiperactivo, debe pintarse con colores no brillantes, no tener música o encendida la televisión, y los juguetes no deben estar a la vista. Naturalmente, debe estudiar en un lugar de la casa donde no estén circulando personas o entren muchos ruidos de la calle. Lamentablemente estas condiciones no se podrán lograr en hogares pobres que solamente cuentan con poco espacio y el aislamiento es imposible. Igual sucede en escuelas donde la cantidad de alumnos y el poco presupuesto impide tener aulas con grupos reducidos de alumnos y condiciones físicas adecuadas.

En un país tropical como Panamá, el calor y la humedad son factores que agotan a los estudiantes y dificultan la concentración, especialmente en horas del mediodía. Frecuentemente se encuentran además, junto a una avenida muy transitada por vehículos a motor con el consiguiente ruido y la contaminación que eso genera.

La orientación a los familiares consiste en darles información completa y clara sobre la naturaleza de los TH y sus consecuencias; enseñarles lo relacionado con la manipulación del ambiente, la metodología de estudio en estos casos, la disciplina y la corrección de otros factores familiares que puedan agravar la situación del hiperactivo. Habrá casos en los que se tenga que referir la familia a terapia cuando exista una dinámica familiar disfuncional. La información que se dé a los familiares, además de clara, no debe propiciar en ellos la actitud sobreprotectora, ni tampoco una actitud pesimista. Es improcedente decirles cosas como «estos niños siempre necesitarán estudiar con alguien al lado»; «estos niños pueden llegar a ser delincuentes o unos fracasados en la vida», etc. Una postura realista no significa hacer predicciones que la mayoría de las veces son falsas, sino estar conscientes de lo que se necesita hacer en la actualidad y dejar que el tiempo nos muestre lo que sucederá, que en realidad dependerá de diversos factores no siempre controlables.

La terapia individual, o sea, el trabajo psicológico con el niño hiperactivo dependerá para su modalidad de la edad y madurez cognitiva de aquél. Sus objetivos son: ayudar al niño a comprender su problema; evitar que se sienta estigmatizado o enfermo; elevar su autoestima si se requiere; inculcarle motivación por superarse; entrenarlo en el autocontrol mediante lo que llamamos terapia cognitiva y cognitiva- conductual (ver capítulo de tratamientos); corregir, si los presenta, trastornos de conducta como agresividad frecuente, mentir, molestar a los compañeros o hermanos, actitudes negativistas u otros. Los métodos de modificación de conducta, los cuales ampliaremos en un capítulo de la tercera parte de este libro, pueden aplicarse en el ámbito escolar, en el hogar y en la psicoterapia con el niño o adolescente hiperactivos. Se basan en técnicas como el reforzamiento positivo de conductas, el reforzamiento negativo, la extinción, el tiempo-fuera, el reforzamiento de conductas contrarias, el moldeamiento y la sobre corrección. Su finalidad es crear conductas deseables o elevar la tasa de las ya existentes, disminuir o extinguir conductas indeseables tanto en la escuela como en otros ambientes. Pueden ser aplicadas por agentes externos (padres, educadores, psicólogos, psiquiatra), o auto aplicados (por el mismo niño).

La orientación pedagógica y la educación especial tienen que ver con todo lo relacionado a planes de estudio, horarios, metodología, adquisición progresiva de independencia académica, reforzamiento de materias donde el conocimiento aún es insuficiente. Los niños hiperactivos aunque son en cierto modo alumnos especiales, su ubicación no es en aulas especiales sino en las normales pero tratando de flexibilizar el programa, de modo que se pueda individualizar para adaptarlo lo más posible a su condición. Pretender que un niño con TH y déficit atencional vaya al ritmo de los que no presentan tal problema es querer tapar el sol con la mano y exponerse a someterlo a presiones contraproducentes. Si se quiere cumplir con el compromiso de atender adecuadamente a estos niños, como a otros con diferentes problemas

pero que tienen que estar integrados o incluidos en salones regulares, no queda otro camino que preparar los programas y los docentes para tal fin. Los maestros especiales pueden intervenir dando al estudiante algunas horas individuales en la escuela o en la casa, pero siempre en coordinación con los maestros regulares.

La medicación es parte importante del tratamiento cuando los síntomas no mejoran con las otras modalidades y la situación se torna muy difícil para el niño y su familia. En algunos casos se requerirá más temprano que en otros. Las condiciones para dar el medicamento las enumeramos así:

1.-Que no sean suficientes los otros métodos de tratamiento y la conducta empeore o sea incontrolable.
2.-Que las calificaciones vayan deteriorándose progresivamente.
3.-Que no hayan contraindicaciones médicas.
4.-Que padres o tutores responsables del menor la acepten después de haberles dado las explicaciones pertinentes sobre su acción y efectos secundarios.
5.-Que se dé al paciente las explicaciones acerca de la necesidad de tomarla.
6.-Que exista un correcto y frecuente control médico sobre los efectos del fármaco.

Recetar un medicamento es un acto delicado, de mucha responsabilidad y que no se debe hacer a la ligera, o por la presión de personas que desconocen sus efectos, pero que necesitan de él para poder aliviar la ansiedad que le suscita lidiar con un hiperactivo. Por eso el médico, único capacitado y autorizado para hacerlo, tiene que sopesar bien los beneficios y peligros de cualquier medicina que vaya a recetar, especialmente cuando se trata de problemas que no ponen en riesgo la vida de la persona. Los padres y los educadores han de considerar esto y dejar que el médico tome la decisión cuando así lo crea conveniente. Cuando describamos los efectos secundarios que algunos medicamentos pueden producir, se verá mejor por qué se necesita conocimientos y experiencia para prescribirlos. Los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de los TH son básicamente los del grupo de los estimulantes. Es necesario aclarar que no son tranquilizantes en el sentido de producir sedación. Su efecto consiste en aumentar el tiempo de atención en clases y en cualquier tipo de tareas. Como resultado de este efecto también hay mejoría de otras conductas como la inquietud, interrumpir durante la clase, la agresividad y las relaciones interpersonales (con el maestro, compañeros y padres). El rendimiento académico, si estaba deficiente como producto del TH, tiende también a mejorar. La acción estimulante de la atención se da tanto en personas con TH como en las que no lo presentan, aunque en las primeras es más evidente. No obstante, el hecho de que un niño preste más atención al tomar estos medicamentos no constituye una prueba de que es hiperactivo por lo antes dicho de que también las personas normales aumentan su rendimiento. Aproximadamente un 70% de los individuos con TH reportan mejoría de sus síntomas; otras pueden no responder bien a un determinado estimulante pero sí a otro.

Actualmente los estimulantes más utilizados son el metilfenidato, conocido universalmente por su nombre comercial, Ritalina (o Ritalin), y las anfetaminas. El uso de las anfetaminas para tratar niños inquietos se documentó por primera vez en 1937 por Bradley en los EE.UU., y posteriormente se dio a conocer el metilfenidato hacia 1959, lo que indica que están en uso desde hace varias décadas, y han prestado un servicio importante a estos jóvenes con dificultades escolares y sociales causadas por su hiperactividad. El uso indiscriminado de estos fármacos como ha sucedido con otros medicamentos de uso en Psiquiatría como antes el Valium y ahora el Prozac, ha generado reacciones en su contra de parte tanto de profesionales como de personas no conocedoras del tema; reacciones muchas veces más emocionales que basadas en argumentos científicos. Incluso ha habido quienes los han calificado como «camisas de fuerza química». También se acostumbra a decir que se está drogando a los niños con ellos

sin necesidad, o que se les va a convertir en adictos a las drogas. Lo cierto es que, independientemente de que todo abuso es malo, sea con la medicación que sea, como también sucede con los antibióticos, lo que ha provocado que aparezcan cepas bacterianas resistentes a ellos y sea más difícil curar ciertas infecciones, los estimulantes tienen pocos efectos secundarios indeseables, menos incluso que otros medicamentos más aceptados por la opinión pública, y bien controlados son bastante seguros. En los Estados Unidos de Norteamérica donde hay unos tres millones de jóvenes medicados (sin entrar en este momento a juzgar si todos necesitan los estimulantes realmente), solamente uno de cada diez mil han tenido reacciones adversas de alguna seriedad.

En mi experiencia con el metilfenidato de más de veinte años, aunque he tenido pacientes con reacciones adversas, y a alguno que otro he debido retirarle el medicamento, la proporción es muy baja en comparación con los que la toleran bien, además de que la mayoría de los efectos secundarios incómodos han sido moderados o leves. Y en cuanto a la posibilidad de adicción a drogas a causa del uso de dicho fármaco, no se ha dado ningún caso. Por otra parte, se comete un grave error al compararlos con camisas de fuerza, ya que cuando un niño hiperactivo es tratado con las dosis adecuadas y efectivas, más bien se le está liberando de las limitaciones que le imponen su inquietud extrema y su incapacidad para atender y desempeñarse académica y socialmente. Las personas que no tienen la responsabilidad de afrontar estos casos de niños y adolescentes con TH, pecan de ingenuos cuando afirman que no son necesarios. Ya hemos dicho en otra parte que hay que tratar de ayudar al hiperactivo primero por otros medios no farmacológicos, y también me declaro absolutamente en contra del uso indiscriminado de los estimulantes o de cualquier otro medicamento, de hecho, a muchos niños que han acudido a mi consultorio y que habían estado tomando metilfenidato o anfetaminas recetadas en otras clínicas, se las he retirado por considerar que no las requerían). Además, en el Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de la Caja del Seguro Social, hemos creado la Clínica del Niño Hiperactivo donde se lleva un estricto control de todo paciente al que se le recete un estimulante. Esta clínica tiene una lista de unos cien pacientes activos, que para una población de aproximadamente cinco mil pacientes nuevos atendidos anualmente, representa el 2%, lo que indica un uso muy restrictivo de estos medicamentos. Si nos atenemos a las seis condiciones enumeradas más arriba para el uso de los medicamentos en los TH, entonces no debe existir temor ni prejuicios en el uso de los estimulantes, y considerarlos como otros medicamentos más de los tantos que se utilizan en Medicina.

Los estimulantes se absorben por el intestino y en media hora están ejerciendo su acción, la cual dura entre 3 y 5 horas, volviendo el niño después a su estado habitual de su hiperactividad, y en algunos casos, algo más intensamente, lo que se conoce como efecto de rebote. Es por esta acción corta que generalmente se necesitan dos o tres dosis a lo largo del día (al inicio de la jornada escolar, a media mañana y un poco antes de hacer tareas en la casa). La dosis y la cantidad de veces que se administre en el día dependerá de cada paciente; algunos tienen suficiente con dosis mínimas (5 miligramos al día, lo que equivale a la mitad de la tableta de Ritalina), y otros requieren dosis mayores que van de 10 a 40 mg al día. Las dosis promedio en nuestros pacientes es de 20 a 25 mg al día. Se procura no dar la última dosis más allá de las 3 o 4 p.m. para evitar que se produzca insomnio en la noche. Son medicamentos que no actúan por acumulación y esto evita reacciones adversas tardías. Existe también la presentación en forma de tabletas de larga acción cuyo efecto dura toda la jornada escolar. Se trata del medicamento Concerta y de la atomoxetina o Strattera y con una sola dosis es suficiente, de reciente aparición en el mercado de nuestro país. Las anfetaminas en sus diferentes presentaciones, no otra alternativa al metilfenidato aunque no han sido comercializadas en Panamá..

En el capítulo sobre psicofármacos describiremos todo lo relacionado con los efectos secundarios, pero por el momento mencionaremos los más frecuentes como: dolor de cabeza, dolor de estómago, pérdida de apetito, palpitaciones, ansiedad o insomnio. Si estos síntomas son moderados la medicación se reduce y si son leves lo más común es que desaparezcan si modificar las dosis. En casos de alteración del sueño nocturno la última dosis o se disminuye o se da a una hora más temprana. Durante el tratamiento con los estimulantes el médico llevará un control de salud del paciente que incluye exámenes de sangre, presión arterial y peso corporal principalmente. Si la hiperactividad no es extremadamente intensa, damos los estimulantes los días de escuela y se suspende durante los fines de semana y vacaciones.

Otros medicamentos que se dan cuando no hay mejoría con los estimulantes, son la imipramina (Tofranil), y la Clonidina (Catapresán). El primero pertenece al grupo de los denominados antidepresivos tricíclicos (su uso original y más extendido es en las depresiones); y el segundo es un fármaco para controlar la presión arterial alta. Con la clonidina el efecto secundario es el sueño que se produce como consecuencia de una disminución de la presión arterial, y con la imipramina, a dosis moderadas o altas, hay que vigilar el ritmo cardíaco mediante electrocardiogramas. Ambos se han estado administrando a niños hiperactivos ya sea solos o asociados a los estimulantes, aunque la combinación con estos no es muy recomendable, especialmente en el caso de la imipramina, y por lo general innecesaria.

Dentro de los antidepresivos tricíclicos hay otros que se han utilizado también para tratar los TH, aunque con mayores riesgos que la imipramina, como la nortriptilina y la desipramina. En nuestro medio disponemos de la imipramina y por tanto es la que se receta. Sin embargo, estos medicamentos no son tan eficaces como los estimulantes para mejorar la atención, y tienen más efecto sobre la conducta. Cuando el trastorno hipercinético se asocia con trastornos de la conducta o del ánimo, se administran otros medicamentos acompañando a los estimulantes como los tranquilizantes o los antidepresivos, pero siempre se debe procurar no recetar más de un fármaco, a menos que sea muy necesario, como cuando se da una agresividad muy intensa y frecuente que no mejora con los estimulantes, o cuando aparecen tics (o síndrome de Gilles de la Tourette), estados graves de ansiedad o depresión.

En niños preescolares, aunque hay psiquiatras que les recetan estimulantes cuando consideran que son hiperactivos, creo que no se deben utilizar dado que suelen presentar más efectos adversos, y además, porque en los niveles escolares en los que se encuentran, no tienen tanta urgencia de tomarlos. En ellos es más obligado afrontar su inquietud con otros métodos. Solamente en casos muy extremos, he recetado metilfenidato (Ritalina) a dosis bajas de 2.5 a 5 mg al día a niños entre 4 y 5 años como medida excepcional.

El pronóstico de un hiperactivo es variable y dependerá de factores como:

- La experiencia familiar
- La experiencia escolar.
- La capacidad intelectual.
- La existencia de trastornos graves de conducta asociados al TH.
- Las influencias sociales.
- Los tratamientos.

Los niños hiperactivos que viven en familias problemáticas, donde hay padres con trastornos de personalidad, alcoholismo, psicopáticos, con enfermedades psiquiátricas, o que hayan sido maltratados o abusados, tienen más riesgo de seguir patrones de conducta similares. Los fracasos escolares repetidos y el abandono de la escuela es otro factor predisponente a una vida inestable, abuso de drogas, delincuencia o alcoholismo sobre todo si la capacidad de inteligencia está disminuida (C.I. por debajo de 80).Las influencias sociales en un vecindario

peligroso donde hay delincuencia, y donde el niño o joven hiperactivo se relaciona desde muy temprano con personas inmersas en ese tipo de vida, reduce la posibilidad de un buen pronóstico. La coexistencia de trastornos de la conducta asociados al TH tales como la agresividad frecuente y proclividad a la crueldad contra personas o animales, hace más difícil llegar sin problemas a la vida adulta. Finalmente, la posibilidad de contar con tratamientos adecuados durante el período de crecimiento y desarrollo, incluyendo la orientación y/o terapia familiar, la orientación y apoyo psicopedagógico, favorece el buen pronóstico.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

El tener alumnos con trastornos hipercinéticos exige al educador actuar consecuentemente y no hacerlo de manera que empeore el problema. A lo largo de su carrera recibirá con toda seguridad muchos niños hiperactivos y necesita adquirir conocimientos sobre cómo trabajar con ellos. Estableceremos algunos puntos de importancia que debe observar el maestro en este sentido.

- Ver al niño hiperactivo como alguien que necesita ayuda, guía y comprensión, y no como alguien que quiere dar problemas.
- No dejarse llevar por la desesperación.
- Conocer si tienen algún problema médico, o defectos de visión o audición.
- Conocer a fondo a su alumno hiperactivo, sus debilidades académicas y sociales (relaciones con los compañeros), así como sus buenas cualidades, lo que puede lograrse solicitando información a los demás maestros que haya tenido —y al personal del gabinete psicopedagógico si lo hay—, observando sus conductas cuidadosamente, conversando a menudo con él y con sus padres.
- Conocer el tiempo que es capaz de trabajar y cuando empieza a entrar en fatiga, para hacerlo cambiar a otra actividad más relajante unos minutos hasta que pueda recuperar su ritmo de trabajo.
- Mantener una relación cordial con él (saber ganárselo).
- Sentarlo cerca para que se distraiga lo menos posible.
- Darle órdenes claras y concisas, asegurándose de que las ha entendido bien, sin levantar la voz más allá de lo suficiente para que le escuche.
- Ejercer la autoridad con firmeza pero no con gritos o malas maneras; siempre será positivo llegar a acuerdos con él y establecer una especie de código de comunicación (p. ej.; cuando yo te haga una señal con la mano, significa ¡pon atención! Si te hago una señal con los ojos significa, ¡trabaja!, etc.).
- Estar pendiente de sus buenas conductas para elogiarlo y menos de las malas, especialmente cuando no son graves.
- Si está interrumpiendo mucho e incontrolable a pesar de las señales y las órdenes verbales, acordar con él que debe pasar unos minutos en «tiempo-fuera» en otra parte de la escuela que no esté lejos del aula (se le explica que es como si el entrenador lo mandara a descansar al banquillo un tiempo corto durante un juego de béisbol o fútbol hasta que se reponga del cansancio).
- Nunca humillarlo con palabras o gestos ofensivos ni hacerle críticas negativas (p. ej., «eres insoportable», «eres un tonto», «pareces loquito»...).
- Desarrollar clases muy dinámicas, con participación activa de los alumnos para que no se dé pie al aburrimiento; tratando de que el hiperactivo intervenga frecuentemente.
- Darle responsabilidades que le agraden y le levanten la autoestima, como ayudar al maestro, ayudar a otros alumnos, encargarse de ciertas cosas en el aula como

guardar materiales, borrar el tablero, pasar lista (si ya lee bien), hacer algunos mandados a la dirección, etc.

- Utilizar los castigos lo menos posible y nunca de tipo físico o que disminuyan su autoestima. El castigo tiene que ser comprendido y aceptado por el niño a quien debe servirle para comprometerse más decididamente con el maestro y no para engendrar una situación difícil entre ambos.
- No castigarlo privándolo de actividades físicas como los deportes o la clase de educación física, o del recreo, porque son actividades beneficiosas para un niño hiperactivo.
- Enviar a los padres más frecuentemente notas acerca de sus acciones buenas que sobre las malas.
- Al comunicarse con los padres hacerlo en una forma positiva, dándole esperanzas y ánimo, dándoles a entender que está pendiente de guiar al niño en todo lo posible, y no contagiarles desesperación, o hablarle del niño de forma que los induzca a desilusionarse de él o a castigarlo repetidamente.
- Si el niño toma medicación en la escuela no caer en la indiscreción de decirlo a los demás alumnos, directa o indirectamente (algunos maestros acostumbran a decir delante de los otros niños: «¿ya tomaste tu medicina para que te quedes quieto?»).
- Conocer acerca de lo que se puede esperar del medicamento en cuanto a efectos positivos y negativos, dosis y tiempo de acción.
- Ayudarlo a mejorar sus habilidades académicas y darle opciones para superar fracasos que haya obtenido en sus materias. Procurar no darle tareas que requieren períodos de atención muy largos porque no logrará terminarlas, o las hará mal. Es necesario tratarlo más individualmente en relación a las exigencias de trabajo en el aula. Si no es capaz de copiar todo lo que se le escribe en el tablero como asignaciones para la casa, darle parte del material ya escrito o fotocopiado para que lo desarrolle posteriormente.
- Intervenir discretamente cuando se observe que tiene dificultades en sus relaciones con el grupo, o con algunos del grupo, para tratar de mejorar la situación.
- Mantener contacto con tutores pedagógicos o maestros especiales que el niño tenga en la escuela o en su casa para coordinar acciones.

IV

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Los trastornos de la conducta en sus diversos grados y manifestaciones, constituyen causa frecuentes de consulta psiquiátrica. Dentro de la amplia gama de situaciones que pueden enmarcarse dentro del término «trastornos de la conducta» podemos citar las siguientes: agresividad, robos, conducta oposicionista, hostilidad, destructividad, mentiras habituales, fugas del hogar o de la escuela, ausentarse repetidas veces y sin causa justificada de la escuela, molestar, rabietas fuera de la edad en que son normales, desorden en exceso y malas maneras sociales. Realmente muchas de estas conductas se caracterizan por estar muy difundidas, y lo

que las hace o menos patológicas es el grado en que provoquen conflictos en el ambiente escolar, familiar o social. La intensidad, la frecuencia y la duración son aspectos a considerar a la hora de diagnosticarlas como estados de alteración de la conducta. Habría que aplicar un criterio dimensional basado en estos tres factores y que va desde lo normal hasta lo gravemente anormal como lo pueden ser los excesos conductuales del sociópata, o del delincuente. La combinación de más una de ellas en una sola persona es lo más común; así por ejemplo, el que roba también miente; el que es muy agresivo también es hostil o destructivo muchas veces; y el que es oposicionista no es raro que se escape de la casa o se ausente de la escuela.

Los trastornos de la conducta (TC) pueden estar condicionados por otros como la depresión, las psicosis, consumo de drogas o enfermedades neurológicas, pero lo están más por el temperamento, el aprendizaje, experiencias familiares y sociales. Además, los TC pueden coincidir con alteraciones emocionales, como las producidas por niveles altos de ansiedad, depresiones. Los problemas emocionales, incluyendo también el pobre auto concepto y la baja autoestima, pueden a su vez ser secundarios a experiencias negativas de los jóvenes con TC.

De lo dicho anteriormente podríamos intentar un esquema de los TC de la siguiente forma:

A.-Trastornos primarios de la conducta:

- Por predisposición temperamental.
- Por defecto de aprendizaje social durante la crianza (defecto o ausencia de internalización de normas de convivencia social).
- Por situaciones neuropatológicas crónicas que predisponen a la emergencia de conductas alteradas (agresividad, impulsividad, hiperactividad, desinhibición social).
- Por un estado de marginación socioeconómica que induce a conductas antisociales.

B.-Trastornos secundarios de la conducta:

- Por desequilibrio emocional con ánimo deprimido y frustraciones, que a su vez tienen relación con problemas de índole familiar (abandono físico y/o afectivo, maltrato, conflictos entre los padres, sensación subjetiva de rechazo, desplazamiento por la llegada de un nuevo hermano, etc.).
- Enfermedad neurológica aguda (tumor, encefalitis, reacción post- trauma cerebral).
- Trastorno conductual por efecto de drogas.
- Trastorno de conducta dentro de un cortejo de síntomas psicóticos (fugas, agresión, hostilidad).
- Como síntoma de otra enfermedad psiquiátrica (robo por cleptomanía, o provocar incendios por piromanía, descontrol de impulsos en los retardados graves).

Por otra parte, las consecuencias desfavorables que los TC pueden tener sobre los individuos que los padecen y sobre su ambiente inmediato son muchas, y gran parte de su importancia estriba en el círculo vicioso que se establece, ya que esas mismas consecuencias actúan manteniendo un estado de conflicto y/o de frustración que inducen a mayores trastornos comportamentales.

•-CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA EL NIÑO O ADOLESCENTE CON TC.

1.-Rechazo por parte de los amigos y de los adultos (padres, familiares, vecinos, maestros y profesores).

2.-Interferencia con desarrollo psicoemocional y del adecuado desarrollo de la conciencia social.
3.-Interferencia con el aprendizaje académico.
4.-Sensación crónica de hostilidad de parte del ambiente.
5.-Posibilidad de maltrato físico como reacción a sus conductas ofensivas y molestas.

•-CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA LOS DEMÁS Y EL AMBIENTE INMEDIATO

1.-Deterioro de las relaciones familiares al crearse situaciones de conflicto provocadas por el trastorno de conducta del niño o adolescente.
2.-Frustración en los padres quienes llegan a sentir que fracasan en su labor de crianza.
3.-Agravamiento de estados de ansiedad o depresión en familiares ya predispuestos.
4.-Malestar y frustración en los educadores que tienen a su cargo al menor con problemas conductuales.
5.-Interferencia con las actividades académicas y sociales de los compañeros de escuela o del vecindario.
6.-Deterioro de las propiedades familiares, escolares o públicas en los casos de destructividad o vandalismo.
7.-Daño físico o moral a quienes sufren las consecuencias de las agresiones físicas o verbales.

Hablaremos a continuación de algunos TC que más pueden interesar a los educadores, incluyendo aquí la agresividad, la hostilidad, la conducta negativista u oposicionista, el robar, las mentiras, las fugas y ausencias de la escuela, y la conducta impertinente o de molestar e interrumpir durante las clases.

•-LA CONDUCTA AGRESIVA

Las conductas agresivas son acciones cuyo propósito es causar daño o ansiedad a otros, y entre ellas figuran pegar, patear, destruir propiedades ajenas, burlarse de los demás, disputar, atacar verbalmente. Tanto en el lenguaje común como en Psicología se suele distinguir entre un comportamiento agresivo socialmente útil en el sentido de «ir hacia adelante», y la agresividad como hecho antisocial y violento, que redunda en perjuicio de los demás. Para nuestros fines actuales nos ocuparemos solamente de esta última.

La agresión no es un fenómeno que se pueda reducir a un simple esquema de causa y efecto, siendo algo más complejo en el que se imbrican factores como el aprendizaje, las circunstancias que provocan la emisión de las conductas agresivas aprendidas, y el control o descontrol de los centros cerebrales relacionados con la expresión de la agresión. La conducta agresiva se da en casi todas las especies animales, y muchas veces, desde etapas muy tempranas del desarrollo, lo que hizo pensar a algunos etólogos que existe una especie de impulso agresivo innato tanto en los animales como en el hombre. Se ha discutido mucho al respecto, pero en la actualidad parece predominar el punto de vista que da más importancia al influjo del ambiente. No obstante, nadie puede negar que existan casos en los que la conducta violenta está fuertemente condicionada por factores biológicos relacionados con ciertas áreas de integración de las emociones como el sistema límbico-hipotalámico. Esto habla en favor de una base constitucional a la que cabe añadir en ocasiones el efecto desorganizador de ciertos estados patológicos y sus secuelas.

Las teorías del aprendizaje social intentaban demostrar que las conductas de agresión se aprenden en un contexto social mediante procesos de imitación, de pautas de refuerzo y de extinción. También la frustración se relacionó con la agresividad, aunque al parecer, en estos casos, la respuesta dependerá de la instrucción social previa del individuo frustrado.

Así pues, en un niño o adolescente que se nos presenta como agresivo, es necesario realizar las siguientes investigaciones:

- Estudio de los antecedentes biológicos (constitución, estilo temperamental, antecedentes patológicos y examen neurológico).
- Estudio de la idiosincrasia familiar y social en la que se desenvuelve: actitud ante la agresividad.
- Historia del reforzamiento y modelado previo.
- Análisis funcional de la conducta (contingencias de la conducta agresiva).
- Valoración clínica de la necesidad de tratamiento farmacológico (intensidad-frecuencia, consecuencias sociales y personales del comportamiento agresivo).

La agresividad puede manifestarse de formas variadas y simultáneamente en un individuo: pegar, patear, morder, lanzar objetos o utilizarlos como armas, empujar, pisotear, amenazar con ira, lenguaje hostil, ataque sexual, asalto para robar, tortura psicológica, hostigamiento, actitud burlona, destrucción de propiedades propias o ajenas, etc. Las formas clínicas de presentación de la conducta agresiva pueden ser como síntoma de:

- Aprendizaje (padres o hermano mayor agresivos, o que lo inducen a ser agresivo; modelos de televisión; influencia de amigos agresivos en la calle).
- Estado de frustración familiar, escolar o social.
- Lesión cerebral reciente (tumores, encefalitis, trauma craneal).
- Epilepsia.
- Falta de control de impulsos y baja tolerancia a frustraciones en los retardados graves.
- Asociado al Trastorno Hipercinético.
- Trastorno psicótico agudo o crónico.
- Trastorno depresivo.
- Intoxicación por drogas.
- Conducta delictiva.
- Reacciones pasajeras a situaciones que normalmente la provocan.
- Trastorno primario de la conducta no ligado a ninguna de las anteriores.

Las más frecuentes en la escuela son la presentación por aprendizaje, por estados de frustración, la asociada al trastorno hipercinético y las reacciones eventuales y pasajeras. La agresividad que exhiben algunos estudiantes tanto en la primaria como en la secundaria puede obedecer también a un deseo de imponerse como líder del grupo, estando muy ligada a la agresividad aprendida en el seno de la familia y en el vecindario, o como un trastorno primario de base temperamental. Los modelos agresivos que presenta la televisión de manera muy amplia, aunque algunos dueños de medios no lo quieran reconocer, sí tienen una influencia perniciosa en los jóvenes, pero especialmente en aquellos que por una razón u otra son más vulnerables y dados a imitar ese tipo de conductas. Algunos crímenes cometidos por jóvenes, incluso de escuela primaria, han sido inspirados en episodios de series de televisión. Los niños ven violencia en televisión constantemente y muchas veces fuera de un contexto de realidad, o sin las consecuencias que en la vida real tiene la agresión a otros, o actuada por personajes que a la vez son sus héroes. Una de los efectos que tiene la conducta violenta en los jóvenes, es

sentir el poder que le da sobre otros, lo que puede ser una forma de compensar una autoestima baja en otro sentido (académica, social, personal).

Existen diferentes modos de tratar la conducta agresiva, pero la edad del sujeto que las emite y las características del medio donde actúa, así como la presencia de otras patologías psíquicas o físicas, impondrán ciertas diferencias en el tratamiento. En general, podemos establecer el siguiente esquema básico:

1.-Orientación a la familia (o al entorno inmediato del niño, incluido el personal docente de su escuela), para que aprendan reconocer los estímulos o situaciones -estímulo que desencadenan respuestas agresivas en el menor, y de esta manera puedan evitarlos. Trabajar con el padre o hermano agresivos o que inducen la actitud agresiva en el niño para que comprendan la necesidad de un cambio en su propia actitud o de convertirse en modelos más apropiados.
2.-Terapia de familia cuando ésta sea disfuncional y genere frustraciones o alteraciones emocionales en el niño o adolescente.
3.-Enseñar al niño o joven agresivos, si están en capacidad para ello, a reconocer los estímulos que fomentan sus conductas agresivas, y los efectos desfavorables para él y las personas cercanas de estas conductas. Trabajar sobre su forma de pensar para corregir ideas que lo hacen actuar así (terapia cognitiva).
4.-Tratamiento de la psicopatología de base cuando la hay (depresión, psicosis, abuso de drogas, la baja autoestima).
5.-Tratamiento de los problemas académicos, o de otros problemas relacionados con el aprendizaje, o con las relaciones con los maestros o profesores si son causa de conductas agresivas en el estudiante.
6.-Métodos de modificación de conducta como: control de estímulos; reforzamiento de la conducta contraria; exposición a modelos no agresivos; desensibilización ante estímulos que provocan la agresión; extinción de la conducta agresiva (método abortivo en niños pequeños impidiendo que la agresión obtenga su objetivo final; ignorar cuando es agresión no física; aislamiento o tiempo-fuera).
7.-Uso de medicamentos cuando:
   - La conducta agresiva pone en peligro constantemente la integridad física del propio niño o de otras personas.
   - Cuando la agresividad es lo suficientemente frecuente como para interferir de modo importante en la convivencia social y familiar del niño.
   - Cuando provoca agresividad en el entorno y se deterioran las relaciones interpersonales del niño o adolescente.
   - Cuando hay que tratar la psicopatología de base como la depresión (con antidepresivos), la psicosis (con tranquilizantes anti psicóticos), la epilepsia (con fármacos anticonvulsivos), o cuando se asocia al trastorno hipercinético (con estimulantes).

•-LA CONDUCTA HOSTIL

La hostilidad ha sido definida como los sentimientos e impulsos que contienen un elemento de destrucción hacia otros. Puede ser una actitud sin llegar a la agresión directa pero también puede dar paso a ésta, Causas de la conducta hostil pueden ser: el maltrato, un autoritarismo exagerado de parte de los padres o maestros, con un ambiente de rigidez e intolerancia en el hogar o en la escuela, trauma en el niño por separación de los padres,

situación en el hogar de preferencia por otro hermano, actitudes persistentes de recriminación de parte de los adultos por fracasos escolares, abandono afectivo de parte de alguno de los padres o de ambos, críticas y burlas frecuentes de parte de los compañeros.

La hostilidad se manifiesta de formas diversas y se dirige hacia todos los demás o hacia determinadas personas (hermano, padre, madre, madrastra, maestra o profesor, algún compañero). Formas comunes de hostilidad son: criticar destructiva y malintencionadamente, impedir a otros desarrollar normalmente sus actividades interrumpiendo u hostigando, acusar con ánimo de daño, levantar calumnias a otros, burlarse de los demás a menudo, hacer bromas pesadas sin medir las consecuencias o pasar a la agresión física o verbal. Los niños hostiles crean un estado de rechazo hacia ellos como producto de sus actitudes, lo que lleva a que se incrementen estas últimas, a menos que se produzca algún tipo de tratamiento que alivie las tensiones y disminuya, o elimine, las causas de la conducta hostil. Puede darse el caso de que la hostilidad se manifieste por una sola de las conductas antes citadas, o que adopte formas encubiertas o indirectas, especialmente en los introvertidos, o en los que temen una reacción violenta por parte del padre o de un maestro.

Cuando la hostilidad no se puede dirigir contra la persona o personas blanco de la ira, entonces se lleva contra otras, contra animales u objetos. La frustración es un sentimiento que se encuentra en el origen de la hostilidad invariablemente. Poder identificar posibles fuentes de frustración en estos niños o adolescentes ayudaría mucho para ayudarlos a superarlas, sobre todo si son de índole académica o relacionada con la vida escolar.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

1.-No responder con conductas agresivas.
2.-Evitar sentimientos hostiles contra el alumno agresivo. Recuerde que es un menor de edad que requiere ayuda.
3.-Ante un episodio de agresividad de parte del estudiante, tratar de restablecer la calma y apartarlo para que se relaje.
4.-No culpar en forma hostil a un estudiante agresor. Hacerle ver que cometió una infracción y que respondió de manera errónea, enseñándole a analizar los hechos y a buscar otra alternativa de respuesta.
5.-No atribuir la responsabilidad de un episodio de agresión a un estudiante solamente porque acostumbra a ser violento, sin conocer realmente lo acaecido.
6.-Tratar de que el niño o adolescente hostil encuentre en el educador a un amigo que lo aconseja o sabe castigarlo sin humillar.
7.-Hacer un esfuerzo por conocer más a fondo la vida del estudiante con estas características, sus problemas, frustraciones o si sufre de alguna condición médica que cause su agresividad.
8.-Si toma alguna medicación, conocer sus efectos y mantener discreción al respecto.
9.-Si hay varios alumnos agresivos u hostiles trabajar con ellos en grupo para que analicen sus actitudes y busquen soluciones entre todos.
10.-Coordinar con los padres los esfuerzos por ayudar al joven a mejorar su conducta agresiva, y no dar a aquéllos la sensación de que se les está culpando o rechazando al hijo.
11.-No crear un clima de autoritarismo en el aula; saber mantener la disciplina con tolerancia y flexibilidad. No disgustarse ni castigar por cualquier cosa. No perder la compostura. Dar ejemplo de autocontrol.
12.-Reforzar en el alumno agresivo las conductas pacíficas mediante comentarios positivos o elogios en momentos oportunos, de manera espontánea, no forzada.

•-LA CONDUCTA OPOSICIONISTA

La CIE-10 define esta conducta como un trastorno disocial desafiante y oposicionista cuyo rasgo esencial es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocadora y subversiva, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural, y que no incluye las violaciones más importantes de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial. Síntomas de esta conducta son:

- Oposición activa a demandas y reglas de los adultos.
- Molestar deliberadamente a otras personas.
- Tendencia a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades.
- Baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente.
- Provocar enfrentamientos.
- Se comportan en forma grosera y no colaboran.

La conducta oposicionista o negativista es una tendencia relativamente amplia y general de los niños a rehusarse a cumplir la mayoría de las demandas, o a oponerse haciendo lo contrario de lo que se les pide. No se debe confundir con la negativa a ejecutar algunas pocas demandas, lo cual puede ser un acto legítimo de afirmación de la personalidad. Existe la tendencia a etiquetar a un niño de desobediente o rebelde, cuando en algunas ocasiones se han negado a cumplir ciertas órdenes que resultan ser más bien caprichos del adulto, o intentos de éste para poner a prueba su autoridad. Aparte de que hay niños y jóvenes que por temperamento tienen una fuerte inclinación a ser oposicionistas, otras causas de estas conductas son:

- Demandas excesivas y/o inadecuadas por parte de los adultos.
- Sentimientos por parte del niño de ser rechazado o no querido.
- Malas relaciones con la maestra o profesores.
- Deseos de llamar la atención, ya sea por una atención afectiva insuficiente, o por una actitud competitiva con hermanos o compañeros de clase.
- La hipoacusia, la incapacidad para comprender ciertas instrucciones, la distracción y la lentitud motora, pueden generar situaciones de enfrentamiento en la familia o la escuela, ya que pareciera que el niño no quiere obedecer. En realidad no es más que una conducta pseudo negativista o, en todo caso, falsamente oposicionista, porque no está en su intención llevar la contraria.

Las consecuencias de las conductas negativistas, o de las situaciones de falso oposicionismo, son diversas pero todas convergen en un deterioro de las relaciones padres-hijo o maestros-alumno. Estas consecuencias pueden ser concretamente;

- Provocación de amenazas y de castigos físicos por parte de los adultos, o de hermanos mayores.
- Desmejoramiento de las relaciones con el personal docente y disminución de las calificaciones académicas.
- Sensación por parte del menor de preferencia de los adultos hacia otros hermanos «más obedientes», o de que los maestros la tienen contra él.
- Aumento de la hostilidad en el niño negativista por la actitud represiva de los mayores.
- Sensación de frustración en padres y maestros.

- Aumento de las exigencias de obediencia de parte del adulto para obligar al niño a dejar su actitud, o para probar su autoridad ofendida, lo que agrava la situación.

No es raro que los padres de niños muy negativistas sean ellos, a su vez, personas negativas y poco reforzantes, poco estimulantes, que no saben ganarse a sus hijos; pero también se da el caso de padres ausentes del hogar durante la mayor parte del día, quedando aquéllos al cuidado de una empleada doméstica, una abuela o hermanos mayores, con lo que las oportunidades de establecer con los padres relaciones suficientes y apropiadas, que promuevan en los niños el deseo y la necesidad de quedar bien con sus padres, son muy escasas. También el hecho de que los adultos suelen desconocer qué es lo que se le puede pedir a los niños, dependiendo del estado de desarrollo en el que se encuentran, es otra razón por la que aquellos se comporten en forma negativa. En nuestras consultas es frecuente que las madres de niños pequeños, menores de 3 o 2 años, se quejen de que estos son desobedientes porque no quieren hacer tal o cual cosa que ellas consideran que todo niño debe entender: lavarse los dientes, quedarse quieto, no interrumpir, ponerse el vestido adecuado para salir, comer toda la comida, etc. Otro tanto sucede en las escuelas, ya que la preparación que reciben los docentes en materia de desarrollo infantil es o escasa o nula. A muchas personas les parece una impertinencia que el niño trate de afirmar su personalidad naciente a través de un «no», o de un «no quiero, y reaccionan con gran indignación, lo que en ocasiones es reforzado por alguna vecina o familiar que instan a la madre o al padre a no dejar que el niño «se les suba encima». Esta forma de reaccionar ocasiona también que los maestros se la pasen mandando notas a los padres diciendo: «el niño hoy no quiso hacer tal cosa...», «el niño hoy no quiso obedecerme en tal situación, hable con él», etc. Puede suceder que en ambientes familiares donde existe tensión matrimonial, o una madre o padre irritables, neuróticos o psicopáticos, las desobediencias de los niños sean vistas de manera más grave de lo que en realidad son, y castigadas con mayor severidad. En la escuela, los educadores impacientes, irritables o rígidos en su concepción de la disciplina, también reaccionan de forma exagerada en estos casos.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Tratar de formar un fuerte lazo de amistad con el alumno.
- No provocar innecesariamente situaciones que pueden dar lugar a conductas negativistas de parte del alumno.
- Ignorar algunas de estas conductas cuando sus consecuencias no sean importantes.
- Evitar caer en situaciones de medición de fuerza o en las que alguien deba ganar.
- No entrar en contacto físico con el alumno que está en actitud negativa u oposicionista.
- Si la conducta negativista está produciendo alguna interferencia con el desarrollo de la clase, invitar al alumno de buenas maneras a trasladarse a otra parte de la escuela por un rato, y regresar cuando esté más tranquilo. Cuando regrese no se le pone atención a menos que quiera participar de la clase.
- No quejarse con los padres del niño por cada actitud negativa que éste muestre y solamente cuando haya causado trastornos importantes. El reporte a los padres debe hacerse aclarando que el docente y la escuela están en capacidad de manejar estas conductas, pero recomendando el análisis y meditación sobre lo sucedido por parte del alumno.
- Reforzar al alumno de manera verbal cuando sea participativo, tolerante y obediente.

- Reportar a los padres cuando el alumno haya tenido un comportamiento positivo más que cuando lo ha tenido negativo (ver punto 7).
- No forzar al niño que está negativo a participar forzadamente de la clase; en todo caso invitarlo a que lo haga en forma indirecta a través de la incitación al grupo. p. ej., ¡respondamos ahora todos! ¡cantemos todos! ¡contesten los que saben.

•-EL ALUMNO QUE ROBA

La mayoría de los niños se ha tomado alguna vez en su vida algo que no le pertenece, ya sea en la casa, en la escuela, en el vecindario o en un establecimiento comercial. Casi siempre se trata de cosas de poco valor (confites, lapiceros, lentes de fantasía, calcomanías o figuritas de moda, borradores, juguetes pequeños y cuando más, algunas monedas). Esto es así en todos los países y lo ha sido en todas las épocas. Aunque en sentido estricto se podría calificar estas conductas de robo, en la niñez tienen muchas veces un sentido diferente al que tienen robos de mayor envergadura en la vida adulta o en la adolescencia.

Sin embargo, el hecho de que sea algo frecuente no significa que no sea necesario darle importancia, sobre todo cuando un niño lo hace más de una vez o cuando un adolescente se involucra en robos de mayor envergadura y se convierte en una delincuente juvenil, como es el caso de estudiantes de escuela secundaria que forman pandillas para robar dentro de la escuela material de oficinas, computadoras, etc., o fuera del centro escolar como el hurto de automóviles, bicicletas o incluso artículos o dinero dentro de alguna propiedad ajena.

Dejando de lado el caso de los niños que se apoderan de algún objeto insignificante o de algunas monedas sin repetir más este tipo de actos, aquellos que acostumbran a robar con más frecuencia pueden hacerlo por diversas causas. En los niños más pequeños la falta de desarrollo de una conciencia que le permita valorar el derecho de los demás a la propiedad es la causa más común. El niño ve algo que le gusta y trata de hacerlo suyo. En las consultas de los psicólogos o médicos dedicados a niños, e igualmente en las tiendas, no es raro ver a niños de edad preescolar hacer rabietas por que quieren llevarse algún juguete sin entender que es para que lo utilicen los demás, o que primero se debe comprar si se trata de un almacén. Esto sucede curiosamente más en los niños que en sus casas tienen muchos juguetes acumulados y están acostumbrados a tenerlos con mucha facilidad.

Los niños de parvulario o incluso de los primeros grados de la primaria que llevan a sus casas con cierta frecuencia objetos que no les pertenecen, generalmente no tienen en mente el derecho de los demás a poseer cosas y no pueden resistir el deseo de apropiarse de lo que les atrae en un momento determinado. Algunos han señalado que esta ausencia de un sentido de propiedad ajena se prolonga más en niños que viven en familias hacinadas donde tampoco hay límites claros de privacidad o de propiedad. Pero este defecto del desarrollo de la conciencia social también puede darse en niños que no han logrado superar fases primarias de egocentrismo, como es el caso de los muy consentidos a quienes se les complace en todo. No existe en estos casos la conciencia de que se está privando a alguien de una posesión y por eso el significado de estos «robos» es diferente al que se hace a sabiendas de que se está perjudicando a otra u otras personas. Cuando el niño adquiere el conocimiento de lo que significa privar a alguien de lo que le pertenece y sabe que es desaprobado por los padres o los maestros, es cuando el robo va acompañado de la culpabilidad y por tanto se hace lo posible por que no se descubra. Es incluso llevado a cabo con más planificación y sigilo. Pero también en estos casos el deseo de poseer algo que se quiere es más fuerte que la conciencia de estar haciendo mal. Este tipo de robos si no se corrige en la niñez puede convertirse en un hábito o en una tendencia fuerte en años posteriores.

Otra causa por la que los niños pueden robar en la escuela, especialmente dinero de otros niños o de la maestra, es la necesidad de poder comprar comida o golosinas en los recreos. Sucede a menudo en escuelas donde los niños llevan dinero para gastar en la tiendita y algunos de ellos no pueden hacerlo porque sus padres no se los permiten. Los que no llevan dinero para estas compras se sienten frustrados y tentados a robar, ya sea en la casa o en la escuela, para comer en el recreo y sentirse igual a los demás. En otros casos se trata de poseer algún artículo que se ha puesto de moda entre los jóvenes, como discos de música, juegos de computadora, prendas, juguetes, etc. El niño o joven que no puede comprarlo lo roba a un compañero o se apodera de dinero para adquirirlo. Los niños con baja autoestima y que no se sienten bien aceptados o queridos por sus padres, recurren al robo, frecuentemente de cosas sin mucho valor, como una forma de afirmación de sí mismo. Padres autoritarios o rígidos pueden inducir en los hijos este tipo de conducta, pero también padres que no les brindan suficientes muestras de afecto.

La cleptomanía es una forma de robo que obedece a un acto compulsivo y que no guarda relación con el valor de los objetos robados. Existe una situación de tensión emocional en el individuo antes de cometer el robo y posteriormente una sensación de satisfacción o agrado. Aunque pueden generarse sentimientos de culpa y ansiedad entre los episodios de robo, no impiden que éstos se repitan. Este trastorno generalmente no se da antes de la adolescencia.

Finalmente, existe el robo que se comete en las escuelas con la finalidad de causar un perjuicio a un compañero con el que no se tienen buenas relaciones o se ha convertido en la víctima de las bromas del grupo. En estos casos los culpables suelen ser los jóvenes que liderizan la hostilidad contra la víctima quienes además, sienten placer viendo a ésta sufrir por la pérdida del objeto robado.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- No acusar a un alumno de robo si no existen las evidencias que lo confirmen.
- Si se logra probar que un alumno ha robado, no dejarlo en evidencia ante el grupo.
- Tratar de conocer siempre la causa de un acto de robo por parte de uno de los alumnos, para lo cual será necesaria una investigación de su situación psicológica, familiar y social.
- Un niño o joven que haya sido culpable de un robo deberá ser entrevistado por algún miembro del gabinete psicopedagógico de la escuela quien debe iniciar una acción terapéutica y educativa, enseñando al niño o joven la importancia del respeto a la propiedad ajena y las consecuencias de tales conductas.
- Orientar a los padres del niño que ha robado para que no caigan en actitudes de maltrato psicológico o físico. Los padres tienen que optar por una labor también educativa en estos casos, y asesorarse cuando no sepan cómo actuar. Maestros y psicólogos escolares deben asumir esta asesoría; y si se trata de un problema más complejo o repetitivo, hacer una referencia a un experto en salud mental de niños y adolescentes.
- Es importante que el maestro comprometa al alumno que ha robado a restituir de alguna manera el dinero o el objeto del que se ha apropiado, así como a disculparse con la persona afectada.
- Los maestros no deben dejar objetos de valor o dinero en cajones sin llave ni en lugares sin vigilancia, ya que de esta manera puede tentar a los niños a robar, especialmente a aquellos que no tienen aún arraigado el concepto de la propiedad ajena, o que no tienen un buen control de sus impulsos.

- El tema de la honestidad y el respeto al derecho de los demás debe ser un tema a tratar a todo lo largo de la enseñanza escolar primaria y secundaria, y no dejarlo como materia de una sola asignatura o de algunos consejos eventuales.
- Se debe reforzar todo acto de honradez de parte de los educandos por pequeño que parezca.

•-LAS MENTIRAS DE LOS NIÑOS

En la sociedad moderna urbana la mentira y el engaño son habituales, siendo en algunos sectores más bien una «virtud» el saber mentir o engañar como en los negocios y la política. Los padres de familia se mienten regularmente entre ellos delante de los hijos; la televisión enseña modelos mentirosos a los jóvenes a diario; los adultos inducen a los menores a mentir ante una visita, ante una llamada telefónica indeseada, ante un cliente, etc. Así, los niños aprenden a mentir desde muy temprano y a valorar la mentira como un instrumento útil en diversidad de situaciones. Sin embargo, los mismos adultos que se presentan en ocasiones como modelos mentirosos, actúan con energía y recriminaciones con los niños que mienten, aunque no produzcan daño a nadie con sus mentiras como es el caso de las mentiras fantásticas, provocando en aquéllos una confusión de valores y reacciones de frustración y hostilidad que paradójicamente los llevan a recurrir nuevamente al engaño.

Se dan también casos de niños que mienten desde muy pequeños una vez que ya tienen suficiente entendimiento como para adelantar las consecuencias de sus actos, sin que hayan sido expuestos a modelos en este sentido. Es en este caso un aprendizaje primario. Cuando a un niño de tres años que tiene buena comprensión del lenguaje verbal y puede expresarse a través del mismo, se le pregunta por ejemplo, ¿tú le pegaste a tu hermanita?, su respuesta puede ser un no enfático aunque sí lo haya hecho. O si a un niño de cuatro años se le pregunta si tomó sin permiso algo de un compañero del pre kinder, un chocolate, por ejemplo, dirá que no aunque tenga restos del mismo alrededor de su boca.

Los niños mienten por diversas razones y es necesario distinguir en base a esto los diferentes tipos de mentiras. Las imitativas son aquellas que se aprenden de los mayores como las mencionadas anteriormente y pueden contribuir a la confusión de valores en el niño, aunque algunas de las mentiras aprendida sean de índole «diplomáticas» y no tengan consecuencias negativas, como dar a alguien una excusa inventada para no visitarle, o decir a una persona «te queda muy bien ese vestido» cuando en realidad se piensa lo contrario, etc. Pero cuando por imitación se aprende a mentir para salvar responsabilidades o para obtener algún provecho, entonces sí se está dando un mal ejemplo y una distorsión de valores. Otras mentiras son las fantásticas, producto de la imaginación del niño, como cuando cuenta a sus amiguitos o a la maestra supuestas aventuras vividas por él, o se atribuye poderes fantásticos sin que exista una enfermedad mental de fondo. Estas mentiras son inofensivas y no deben ser castigadas o reprimidas. En caso de que se tornen muy frecuentes e impidan la vida normal del niño entonces sí habría que preocuparse por ellas e investigarlas más a fondo. En algunos casos pueden tener como causa la necesidad de recibir atención.

Otras mentiras que obedecen al deseo de obtener atención y no son de naturaleza fantástica, se dan cuando un niño se siente desplazado por un hermano, cuando piensa o siente que no se le quiere, cuando no recibe elogios suficientes de parte de sus padres o sus maestros, cuando quiere ganar amigos, o en los adolescentes cuando quieren conquistar a una muchacha o farolear ante los amigos. Este tipo de mentiras, si no afectan la honra de alguna persona, también son inofensivas. Las mentiras defensivas, tienen como su nombre indica, la intención de defensa, de evitación de una consecuencia desagradable, y es frecuente en niños que están sometidos a demasiadas presiones y normas de parte de los adultos. Son posiblemente las más

comunes como motivo de queja en nuestras consultas, y se asocian generalmente con asuntos escolares como calificaciones, sanciones impuestas en la escuela, etc. Este tipo de mentiras para defenderse puede llegar a convertirse en un hábito permanente que persiste en la adultez.

Hasta ahora hemos mencionado mentiras que por lo general no perjudican a otras personas, y en todo caso, el perjuicio se lo causan a veces al mismo niño o adolescente que miente en forma de desprestigio, castigos, no valoración de la importancia de la verdad, o falta de credibilidad. No obstante, hay otro tipo de mentiras como la calumnia que sí afecta a otros ,como cuando un menor acusa a alguien de haber hecho o dicho algo malo falsamente, o cuando dice al padre una mentira para dejar mal a la madre o viceversa. Un ejemplo muy grave de este tipo de mentiras es cuando una joven acusa al padre u otro familiar varón de haberla seducido sin que en realidad haya sucedido. No es raro entre estudiantes de escuela secundaria difamar a otros con quienes tienen rencillas, o motivados por un ánimo de venganza. Aunque el acusar falsamente puede también darse en niños pequeños, no tienen estos casos un carácter premeditado y es una acción más impulsiva que pensada en un momento determinado de la convivencia en la escuela o en la casa. En los niños mayores y adolescentes sí puede ser más deliberada y con un objetivo más definido.

En el ámbito escolar, las mentiras más comunes son aquellas con las que el niño intenta ocultar una travesura, justificar una agresión, negar la apropiación indebida de alguna cosa, excusar una ausencia o el incumplimiento de una tarea, y culpar a compañeros falsamente por actos cometidos por él u otros. En el hogar y relacionadas con la escuela, son frecuentes las mentiras sobre calificaciones, sobre tareas, sobre supuestas dolencias para no ir a clases, y las que se dicen para ocultar malas conductas en el aula contradiciendo los informes de los maestros.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- No acusar a un alumno de estar mintiendo si no se tiene la evidencia que lo compruebe.
- Si se sospecha que está mintiendo, hacerle saber al alumno en forma calmada que no está convencido de lo que dice y que será necesario aclararlo más.
- Si se comprueba la mentira, analizar por un momento de qué tipo es y cuál pudo haber sido la motivación.
- Tomarse el tiempo necesario para explicarle las consecuencias negativas de la mentira especialmente para el que miente, y tratar de eliminar los temores que le impidan ser honesto.
- No castigar de una vez por haber mentido, especialmente en caso de las mentiras que no causan daño a los demás. En vez de castigar, hacer que el niño reflexione acerca de la mentira y comprometerlo con la verdad a partir de ese momento.
- Si se trata de una mentira que ocasiona daño a los demás, como la calumnia, debe ser parte del compromiso rectificar y excusarse ante la persona que ha involucrado injustamente.
- Elogiar los actos de honestidad que puedan tener los alumnos que acostumbran a mentir para que así se sientan más propensos a decir la verdad. No dejarse llevar por la fama de mentiroso del alumno hasta el punto de dejar pasar sin atención cuando es sincero. Se trata en este caso, de dar más importancia al interés del joven por decir la verdad que a las mentiras que dice algunas veces.

- Cuando un niño o joven es muy fantasioso, animarlo a que ponga sus ideas o fantasías por escrito en forma de cuentos o relatos breves y así encauzarlo por el camino de la literatura; quizá tenga cualidades para llegar a ser un buen escritor.
- Si se descubre que un alumno ha mentido, no comunicarlo a los padres en una forma que provoque la ira y los castigos de parte de éstos; más bien debe tratar de que los padres también traten de entender las motivaciones que han llevado al niño a mentir y ejerzan una labor educativa más que represiva.
- Dar en todo momento ejemplo de honestidad a los educandos. Los niños captan con facilidad la insinceridad de los adultos y esto restaría autoridad moral al educador.

FUGAS Y AUSENCIAS DE LA ESCUELA

Todo educador debe preocuparse ante las ausencias de un estudiante en su clase e indagar las razones. Las deserciones son causa de fracasos cuando se dan a menudo, y no ayudan a crear en el joven el sentido de la responsabilidad. Las faltas a clases pueden tener, naturalmente, justificación cuando se dan por enfermedades, falta de transporte cuando el estudiante vive en áreas muy alejadas de la escuela como sucede en el área rural, por viajes inevitables o días de duelo en la familia. No obstante, se pierden muchas horas de clase al año por otros motivos no excusables y que detallamos a continuación.

•• DESINTERÉS POR LOS ESTUDIOS

Esta causa de ausencia escolar se da más que todo en adolescentes que no tienen una conciencia clara de la necesidad de una formación académica. Suele pasarle más a estudiantes provenientes de familias donde no existen estímulos intelectuales y a su vez los propios padres no tienen una historia escolar satisfactoria. Habitualmente son personas con aversión a la lectura y a quienes la vida académica se les torna muy difícil de soportar. Si además de estas características, el medio escolar resulta también poco alentador, con más facilidad tratan entonces de no ir a clases o a fugarse de la escuela. Es más probable en este tipo de alumnos la deserción escolar definitiva antes de llegar al final de la secundaria, incluso antes de llegar el término medio de ella. El desinterés por seguir estudiando puede ser también motivado por una historia de bajo rendimiento en la primaria, ya sea por deficiencias intelectuales, trastornos del aprendizaje, o por no haber desarrollado en los primeros años una disciplina de estudios.

•• BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO

La falta de éxito en algunas materias para las cuales el alumno tiene mayor dificultad, como suele pasar con la matemática, el español, los idiomas, provoca en algunos el deseo de evadir esas clases, mientras sigue asistiendo a las otras y las estudia con mayor interés. Igualmente, es más frecuente en estudiantes de secundaria que pueden con más facilidad abandonar la escuela cuando se van a impartir esas clases a su grupo. Por otro lado, hay estudiantes que no quisieran dejar los estudios pero ante la falta de éxito en una determinada escuela, se desaniman y prefieren ausentarse hasta lograr cambiar a otra. He conocido jóvenes que han manifestado no querer ir más a la escuela a la que asisten aunque tengan que perder el curso, pero desean seguir en otro centro el siguiente año. La razón fundamental de esto era siempre las bajas calificaciones.

•• CLASES ABURRIDAS

Sucede a veces que algunos estudiantes prefieren pasar el tiempo por los pasillos o el patio de la escuela, o por los alrededores de la misma, generalmente más de uno, para evitar tener que soportar una clase con un docente muy aburrido. Es posible que se desempeñen bien en otras asignaturas y no les desagrade del todo la de tal profesor, pero éste la convierte en aversiva. En vez de tratar de adaptarse y de poner todos sus sentidos en esas clases, optan por evadirla para hacer algo más placentero.

•• CONFLICTO CON ALGÚN MAESTRO O PROFESOR

Cuando se da una mala relación entre un alumno o el profesor, aquél toma como excusa que éste lo trata con hostilidad para no acudir a sus clases. Si es un niño de escuela primaria, tratará de convencer a sus padres de que está indispuesto para no tener que afrontar ese día a una maestra que percibe como agresiva, lo cual puede ser la base para la instauración de una fobia escolar.

•• NO HABER ESTUDIADO O HECHO TAREAS EN EL HOGAR

Cuando un estudiante olvida o no pudo por alguna razón hacer sus tareas o no ha estudiado para algún examen, le resulta muchas veces más fácil no ir clases ese día y simular ante los padres estar enfermo, o convencerlos de que es mejor no ir a la escuela ese día para no ganar una mala nota. Los padres en estos casos ceden con frecuencia haciéndose cómplices de la irresponsabilidad del hijo enviando la consabida nota de excusa por indisposición de salud.

•• MAYOR ATRACCIÓN POR OTRAS ACTIVIDADES FUERA DE LA ESCUELA

La ausencia o fuga de la escuela para ocuparse en otras actividades que no está relacionadas con lo académico es relativamente frecuente. En nuestro medio las pérdidas de horas y hasta días de clases, se dan cuando un sector de la juventud toma como acicate diversas situaciones políticas y sociales para salir a bloquear calles y comportarse en forma vandálica. Los protagonistas de este tipo de actos son jóvenes con mucha frustración social y agresividad. Es raro encontrar entre ellos alumnos destacados o con mejor autoestima y auto concepto. Sentirse que son importantes y que por ellos se paraliza una parte de la ciudad, les resulta más atrayente que estar sentados en un salón de clases. A otros les apetece andar con un grupo de compañeros y compañeras conversando por las calles o centros comerciales, o reunirse en casa de alguno en ausencia de sus familiares para ingerir alcohol (una «chupata») y fumar, pero también, no pocas veces, consumir drogas. Después de pasar horas en estas reuniones o vagando por la ciudad, regresan a sus casas a horas tardías e inventando historias como que perdieron el transporte, o fueron a hacer tareas a casa de un amigo o amiga, etc. Cuando se dan noviazgos entre adolescentes se da también la tentación de alejarse de la escuela para estar juntos, especialmente cuando la muchacha no tiene el consentimiento de sus padres para tener novio. Las actividades delictivas en pandillas es otra causa de faltas a la escuela especialmente entre niños y adolescentes de barriadas marginales. Los menores involucrados en ellas están fuera del control de sus familiares, quienes a su vez son con frecuencia delincuentes. Son ambientes donde resulta de mayor interés ganar dinero con las drogas o robando, así como ganar prestigio dentro de una banda.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Es importante llevar control de la asistencia diaria de los alumnos a todas las clases del día.
- Ante la ausencia a clases de algún estudiante, dar aviso a la Dirección para que se investigue la causa.
- Mantener informados a los padres o tutores del estudiante que se ausenta sin la anuencia de ellos.
- Orientar a los alumnos en haciéndoles saber que es mejor acudir a clases sin haber realizado alguna tarea que ausentarse.
- Mantener un estrecho contacto personal con los jóvenes que tienen tendencia a ausentarse o fugarse de la escuela para hacerlos tomar conciencia de los riesgos de tal conducta, y estimular en ellos su participación activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Ayudar a en lo posible a los estudiantes con bajo índice académico a superar sus dificultades para que no se desanimen y opten por evitar las clases.
- Estar atentos a señales o síntomas que puedan sugerir consumo de drogas ilegales en los alumnos que acostumbran a faltar.
- Si un alumno se ausenta a menudo, incluso con la excusa de sus padres o tutores, hacer una visita a su domicilio (especialmente el maestro consejero) para indagar las causas de sus ausencias y atraerlo nuevamente a la escuela.

•-LA CONDUCTA IMPERTINENTE

El niño o joven impertinente, fastidioso, que se la pasa molestando a los demás e interrumpiendo las clases con conductas inmaduras, no necesariamente padece de un trastorno hipercinético. Suelen parecer más inquietos de lo esperado para su edad, sin embargo, en otros momentos, cuando no están en compañía de otros niños, o cuando están muy interesados en una actividad, se comportan mejor. Su capacidad de atención es normal pero su falta de interés para atender al maestro en determinadas clases es los que los caracteriza. Están más motivados por jugar y divertirse no discriminando entre momentos de trabajo y momentos de recreo. En ellos no está desarrollado el sentido de la responsabilidad escolar siendo la interacción lúdica o social con los compañeros lo que les causa más placer.

Generalmente provocan las quejas de los maestros a quienes no dejan dar las clases fluidamente y no es raro que se la pasen castigados ya sea en la escuela o en la casa. Sus calificaciones no llegan a ser las adecuadas a sus capacidades debido a la falta de atención y al descuido de sus tareas. La conducta impertinente se manifiesta de diversas maneras que detallamos a continuación.

- Hablar constantemente con los compañeros.
- Hacer ruidos, reírse, ponerse a cantar o a silbar.
- Hacer muecas o imitaciones burlescas en medio de la clase.
- Pararse constantemente a hacer cosas no relacionadas con la clase como ir a molestar a otro, sacar punta a un lápiz sin necesidad, asomarse a la ventana o a la puerta, etc.
- Quitarse los zapatos o alguna otra prenda de vestir.
- Tirarse al suelo y quedarse allí un rato.
- Jugar con figuritas, muñecos u otro tipo de juguetes, a veces acompañado por otro alumno vecino.

- Tirar papelitos u otros objetos.
- Intercambiar notitas o cartas durante la clase. Algunas veces son juegos de preguntas y respuestas comunes entre niñas adolescentes que se relacionan con sus actividades sociales o relaciones amorosas.

- Comer o masticar chicles dentro del aula.

CAUSAS POSIBLES DE ESTAS CONDUCTAS SON:

• LA NECESIDAD DE RECIBIR ATENCIÓN

Puede tratarse de niños o adolescentes que sienten que no reciben de sus familias la atención afectiva necesaria y compensan esta insuficiencia tratando de ser el centro de la atención en el aula, aunque no de una manera positiva. Por otra parte, también podría darse el caso de que alguno de estos niños esté tratando de obtener atención por parte del maestro, o que sienta la necesidad de ser aceptado en el grupo.

• INMADUREZ EMOCIONAL

En este caso se trata de niños con antecedente de haber sido criados en forma inadecuada, sobreprotegidos o consentidos, y que debido a eso no han logrado desarrollar el sentido de la responsabilidad o de la pertinencia. El juego y el placer determinan sus intereses y acostumbran a hacer lo que les gusta sin tomar en cuenta consecuencias. Se sienten totalmente amparados por sus padres y no ven sus conductas como problemas.

• FALTA DE INTERÉS POR LAS CLASES

No es raro que alumnos con una capacidad intelectual superior no sientan interés por las lecciones de los maestros si éstas no les dicen nada nuevo. A pesar de que están en el grado correspondiente a su edad, mentalmente están en un nivel superior y las clases les resultan poco estimulantes, por lo que se sienten tentados a distraerse y distraer a los demás. En el otro extremo están los que son incapaces intelectualmente o tienen trastornos del aprendizaje y no logran mantener el interés en el desarrollo de la clase, abocándose también al relajo y a las conductas indeseables.

• INSUFICIENCIA EN LOS CONTACTOS SOCIALES O DE LAS OPORTUNIDADES DE JUEGO

Los hijos únicos o los niños que llevan una vida muy restringida en cuanto a relacionarse con otros niños de su edad, están propensos a comportarse en las aulas como si estas fueran lugares de juego o esparcimiento social. La escuela se convierte en el único lugar en el que les es posible dar rienda suelta a sus necesidades lúdicas y de contacto social, especialmente si son de carácter extrovertido.

• DISCIPLINA DOMÉSTICA DEFICIENTE O INSUFICIENTE

Cuando en el hogar la disciplina es inadecuada, ya sea por deficiencia o por insuficiencia, esta carencia suele reflejarse en el medio escolar. Los niños producto de esta educación negligente no tienen conciencia de las consecuencias de sus actos y son incapaces de introyectar normas de autocontrol que le permitan adaptarse a un régimen estructurado y disciplinario como el escolar. No suelen respetar las figuras de autoridad ni siguen instrucciones voluntariamente. Las normas tienen que imponérsele pues no las acatan por auto convencimiento de su necesidad. Como en sus hogares no han sido sometidos a medidas de castigo efectivas, no muestran mayor temor en las que se les puedan aplicar en la escuela.

EDUCADORES PERMISIVOS

La disciplina en el aula puede verse afectada cuando el maestro no tiene la capacidad para ejercer la autoridad necesaria, o cuando por un afán de ganar reconocimiento y aceptación de parte de los educandos, permite que éstos traspasen los límites de lo permisible. Algunos educadores, al no saber cómo lograr un balance entre una dinámica de enseñanza flexible y la autoridad, optan por irse a los extremos y así, mientras unos se convierten en represivos y rígidos otros son muy permisivos e ineficientes en la aplicación de las normas de disciplina. En estos últimos casos, el salón de clases puede ser un verdadero caos y el aprendizaje, tanto de conocimientos como de hábitos se dificulta enormemente.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Establecer desde el principio del año escolar y en conjunto con los alumnos, las reglas disciplinarias y la importancia de las mismas en el proceso de aprendizaje.
- Identificar temprano a los alumnos que pueden dar problemas de conducta para conocerlos mejor y comprometerlos con una actitud más positiva.
- Evitar sentar cerca uno de otro a quienes dan más problemas de este tipo.
- Tratar de mantener ocupados a los alumnos con tendencia a estas conductas impertinentes o hacerlos participar constantemente de la clase.
- Ignorar algunas de estas conductas cuando no llegan a perturbar la clase y se limitan a pequeñas «payasadas» e instruir al resto del grupo para que no les presten atención.
- Establecer con este tipo de alumnos una relación amistosa fuera de las horas de clase para que sienta que se le brinda atención.
- Aconsejar a los padres en relación a la disciplina en el hogar pero sin hacerlos sentir culpables.
- Reforzar en el niño las conductas positivas (poner atención, estar sentado y tranquilo, participar de la clase). El niño debe sentir que se le da más importancia a sus buenas conductas que a las negativas.
- No dar muestras de desesperación como gritar, agarrar bruscamente al alumno para zarandearlo o empujarlo fuera del aula, decirle cosas como «ya me tienes harto», «no te aguanto más», «voy a hacer que te expulsen», etc. Estas actitudes no mejoran la situación y producen hostilidad de parte de aquél.
- Ponerse de acuerdo con los padres para establecer un plan de modificación de conducta basado en las consecuencias de las conductas: qué hacer en la casa cuando el niño mostró mala conducta en la escuela o cuando se portó bien.
- Ponerse de acuerdo con el gabinete psicopedagógico o la Dirección para que el alumno mal portado pueda ser apartado del aula por un rato en caso de que no se logre controlar. Este período de tiempo debe servir para que reflexione sobre su conducta y las consecuencias de la misma, así como para calmarse en caso de que esté algo excitado.

V

LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

El sufrimiento emocional es en la población juvenil más frecuente de lo que muchos adultos suelen pensar y ocupan también gran parte del trabajo del psiquiatra dedicado a ese sector de la población. Los trastornos emocionales pueden expresarse de múltiples maneras y con diferente intensidad en niños desde las más tempranas edades, siendo a su vez diversas las causas. Algunas veces estos trastornos son de índole pasajera no dejando secuelas en la vida del niño o el adolescente, pero otras deja huellas permanentes o conduce incluso a su desaparición física como en el caso del suicidio. El padecimiento emocional puede no ser evidente y pasar desapercibido por tiempo prolongado, incluso años, para quienes conviven con el niño, a menos que se pueda descubrir en una evaluación psicológica. Cuando da síntomas, los padres o maestros no siempre les dan la importancia debida impidiendo así una atención adecuada.

Generalmente, los menores con padecimientos emocionales son llevados a una clínica o al hospital cuando surge alguna crisis o cuando su vida familiar, escolar o social está ya afectada. Desgraciadamente, sobre todo cuando se trata de adolescentes, algunos llegan en coma o muertos a un cuarto de urgencias por actos auto lesivos que toman a los familiares por sorpresa. Las enfermedades emocionales que vamos a tratar en este capítulo tienen como base la ansiedad y la disminución del estado anímico o del humor, y generalmente se acompañan de baja autoestima, pobre auto concepto e inseguridad. No rara vez, pueden darse simultáneamente la ansiedad y la depresión formando cuadros clínicos mixtos. Las formas clínicas que presentan los trastornos de las emociones en los niños y adolescentes son:

- La depresión.
- Los estados de ansiedad generalizada.
- La fobia social.
- El mutismo selectivo.
- Otras fobias específicas.
- La ansiedad de separación.
- El trastorno de pánico.
- El síndrome obsesivo-compulsivo.
- La hipocondría.
- Los trastornos conversivos y disociativos.

Tanto para la depresión como para los trastornos que tienen como base la ansiedad, existe una clara tendencia genética que puede conducir a la expresión morbosa per se o en combinación con factores ambientales. Si bien la ansiedad es un mecanismo adaptativo en todo ser humano y todos podemos experimentarla en algún momento de la vida ante circunstancias desfavorables, al igual que un bajo estado de ánimo, las personas que enferman emocionalmente tienen por predisposición genética una menor resistencia a estímulos o situaciones adversas, reaccionando con estados ansiosos o depresivos más intensos y duraderos. En ellos la capacidad de adaptación a ese tipo de circunstancias vitales amenazantes es más pobre, sus defensas menos eficaces y más propensas a convertirse en síntomas compensatorios

o evasivos. No obstante, situaciones traumáticas persistentes, o muy perturbadoras, pueden ocasionar alteraciones emocionales importantes independientemente de la pre-disposición biológica, especialmente en la niñez.

Causas no primariamente biológica de trastornos emocionales en los menores pueden ser:

- Las carencias afectivas.
- El abandono paterno o materno.
- La separación de los padres (o su posibilidad).
- La hostilidad y la violencia intrafamiliar.
- La pérdida de los padres y otros familiares muy cercanos por fallecimiento.
- Enfermedad de los padres u otros familiares muy allegados.
- Abuso físico, psicológico o sexual.
- El fracaso social.
- El fracaso escolar.
- La necesidad de cumplir con exigencias académicas o deportivas excesivas.
- Rechazo u hostilidad de parte de los maestros.
- Enfermedades crónicas o graves.
- Accidentes graves.
- Experiencias traumáticas con animales.
- Asaltos, secuestros, o robos frecuentes en el hogar.
- Situaciones reales o inminentes de guerra.
- Catástrofes naturales.
- Experiencias de encerramiento o de extravío.
- Inseguridad económica en la familia.
- Pérdida de una mascota.
- Cambios de escuela, de vecindario o de país.

No es necesario que el niño padezca en forma directa algunas de estas adversidades ya que también puede sufrirlas en forma indirecta al sucederles a otras personas en la familia, la escuela, el vecindario, o por haberlo visto en las noticias de la televisión o leído en los diarios.

Cuando un trastorno emocional es producto directo de una situación traumática excepcionalmente estresante breve o sostenida, como es el caso de algunos eventos que implican amenaza a la integridad física de la persona o de los allegados, o cambios biográficos importantes, la Psiquiatría moderna los define como reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

Los primeros pueden ser a su vez de dos tipos: las reacciones a estrés agudo que consisten según la Clasificación Internacional, en alteraciones de rápida resolución (máximo en 72 horas) con un estado inicial de embotamiento, desorientación, reducción del campo de la conciencia, depresión, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento; y en trastornos de estrés post-traumático que surgen como respuesta tardía a esos acontecimientos traumáticos (desde una semana hasta seis meses, y en casos excepcionales, muchos años después).

Los síntomas del estrés post-traumático son muy variables e incluyen temor a vivir otra vez la situación, lo que suele suceder en forma de sueños o reviviscencias sobre un fondo de embotamiento emocional, crisis de pánico y/o agresividad provocados por estímulos que recuerdan y actualizan el trauma, aislamiento, desapego, híper vigilancia, trastornos del sueño, ansiedad o depresión.

Los trastornos de adaptación se definen como estados emocionales anormales que interfieren con la actividad social como consecuencia de un cambio biográfico significativo o

acontecimiento vital importante. Generalmente se inicia un mes después del suceso y dura menos de seis meses y en casos más prolongados por uno o dos años. Puede cursar como una reacción depresiva, como una reacción mixta de ansiedad y depresión, como una combinación de las anteriores con tensión, ira, preocupaciones o trastornos de conducta. Se incluye en estos trastornos las alteraciones emocionales causadas por duelo. En los niños síntomas de un trastorno adaptativo pueden ser también las conductas regresivas como chuparse un dedo, hablar como un niño inmaduro o la búsqueda constante de atención.

Las causas de trastornos emocionales aparecen más arriba pueden ser en su mayoría precipitantes de un trastorno de estrés post-traumático o de adaptación en niños o adolescentes, especialmente las catástrofes naturales, el abuso sexual o físico grave, las experiencias de encerramiento, los asaltos o robos y la pérdida súbita de uno de los padres.

Otras veces el trastorno emocional no se produce de una manera aguda o ligada a un evento tan claro o definido, sino que está relacionado con una forma de vida que junto a la disposición biológica conducen a la aparición de síntomas sin que exista ningún episodio traumático que por si solo los justifique. Tanto en los casos de trastornos de estrés post-traumático, de adaptación o en los de otras patologías emocionales, la vulnerabilidad de la persona es un elemento importante. Hay niños y jóvenes que soportan con ninguna o muy poca afectación psicológica las diferentes vivencias traumáticas, mientras que otros reaccionan con mucha ansiedad, temor o depresión ante hechos cotidianos normales que sienten como muy amenazantes.

•-LA DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno del ánimo, una disminución importante de la capacidad del individuo para disfrutar de la vida y ocuparse normalmente de sus actividades sociales y productivas. Conlleva siempre un sentimiento de pérdida y de desesperanza que generan tristeza y otros síntomas que caracterizan la tonalidad afectiva deprimida de la persona. Durante mucho tiempo se pensó que los niños no padecían de depresiones como los adultos debido a la supuesta inmadurez emocional y cognitiva, pero en las últimas tres décadas la experiencia clínica y los cambios conceptuales ocurridos han hecho que ya nadie niegue que los menores puedan presentar estados depresivos muy similares a los adultos y por tanto se hacen las mismas exigencias a la hora de establecer el diagnóstico en referencia a los síntomas y la duración de los mismos.

Síntomas frecuentes de depresión en niños y adolescentes son:

- Tristeza.
- Llanto fácil.
- Disminución del rendimiento escolar en un niño que había sido siempre un buen alumno.
- Trastornos de la atención sin que exista otra causa como síndrome hipercinético o enfermedades físicas.
- Trastornos del sueño como insomnio, pesadillas o dormir demasiado.
- Cambios en el apetito, generalmente pérdida del mismo pero también a veces comer en exceso.
- Pérdida del interés en actividades a las que antes se dedicaba y aislamiento social y de la familia.
- Visión pesimista de la existencia.
- Deseos de no vivir con o sin intentos de suicidio.

- Irritabilidad con reacciones intempestivas ante frustraciones de la vida diaria.
- Pérdida de la energía vital.
- Baja autoestima.
- Sentimientos de culpa.
- Falta de interés en sí mismo

Para que podamos diagnosticar la depresión tienen que darse en forma clara algunos de estos síntomas, al menos tres o cuatro y en forma continuada por un período mínimo de dos semanas. Los episodios depresivos pueden alcanzar diferentes niveles de intensidad que van de leve a grave, y además de los síntomas fundamentales pueden aparecer como consecuencia de ellos, alteraciones de la conducta como

- ausentarse de la escuela;
- escaparse del hogar;
- promiscuidad en las adolescentes;
- conducta delictiva;
- consumo de drogas y alcohol;
- unión a grupos marginales o esotéricos;
- conducta oposicionista-desafiante.

Ante niños o adolescentes que exhiben estas conductas se hace necesario siempre investigar la posibilidad de un estado depresivo de fondo. Por otra parte, en las depresiones de mayor intensidad, el intento de suicidio, consumado en no pocas ocasiones, es una de las consecuencias. Es frecuente en los años de la adolescencia, especialmente entre las niñas, realizar intentos de suicidio en ciertas circunstancias frustrantes, pero más como un gesto manipulador o de llamada de atención sin que exista una verdadera depresión o un real deseo de morir. En estos casos rara vez se da un desenlace fatal. Cuando existe una depresión importante, aunque haya pasado desapercibida a los familiares o amigos, los actos con fines suicidas son generalmente más graves.

Aparte de los síntomas y su duración, es necesario que la depresión se manifieste en mayor o menor medida en todos los aspectos de la vida del joven: en el ámbito familiar, escolar y social. Por eso, cuando se intenta hacer el diagnóstico es importante tener información de su funcionamiento en estos tres niveles, lo cual puede lograrse por medio de cuestionarios dirigidos a los maestros, a los padres y también al mismo paciente. Estos instrumentos de información complementan los datos recogidos en la historia clínica, los exámenes psiquiátricos y psicológicos.

Una vez diagnosticada la depresión se debe pasar a su tratamiento, para lo cual es fundamental conocer sus posibles causas. En la niñez y la adolescencia, al igual que en los adultos, pueden ocurrir las depresiones endógenas, es decir, de etiología fundamentalmente interna, por cambios químicos intra cerebrales y muy condicionadas por la herencia. En estos casos suele haber más familiares con antecedente de depresiones e incluso de suicidio. No obstante, la mayoría de las depresiones juveniles son de carácter reactivo a situaciones vitales de pérdida o lesivas a la autoimagen y la autoestima como lo son:

- La pérdida del afecto por parte de los padres.
- La separación de los padres y/o el alejamiento de uno de ellos.
- Castigos y regaños muy frecuentes y desmedidos especialmente en las adolescentes.
- Maltrato físico o psicológico por parte de ambos padres o alguno de ellos en forma reiterativa.

- Rechazo y/o agresiones por parte de los demás niños o adolescentes de manera continuada (los jóvenes victimizados por los compañeros de clase quienes les hacen vivir traumas a diario en la escuela).
- Violaciones sexuales, especialmente por parte de un padre, padrastro u otro familiar cercano.
- Pérdida del nivel económico en la familia que trae como consecuencia tener que cambiar de escuela, de barrio y de amistades.
- Muerte de uno de los padres o hermano, especialmente cuando el joven cree tener alguna culpa.
- Fracaso académico repetido (pérdida de año, expulsión por bajo rendimiento).
- Enfermedad física crónica o grave como la diabetes, la epilepsia, desfiguración por quemaduras o heridas extensas, cáncer, etc.

Conocer si el paciente pasa o ha pasado por situaciones como las mencionadas, permitirá dirigir mejor el tratamiento al actuar sobre ellas o ayudar al niño a enfrentarlas eficazmente y superarlas. Esta labor se realiza mediante la psicoterapia individual, pero muchas veces combinada con la terapia o la consejería familiar, además de la orientación a los maestros y profesores. En los casos de depresiones más intensas, que no responden del todo a la psicoterapia, y en las endógenas, se hará necesario el uso de medicación antidepresiva por un período de varios meses. El tratamiento psicológico se dirige a reforzar la autoestima y el auto concepto, a modificar las ideas erróneas que tiene el niño o el joven sobre su realidad y sus vivencias, a procurar una mejor adaptación de su parte a la vida familiar y social, pero también a cambiar en la medida de lo posible, los factores anómalos que inciden en su depresión, especialmente los de índole familiar. En algunos casos ayudará también la psicoterapia de grupo para los adolescentes con problemas similares.

No es necesario recalcar la importancia que tiene la captación de estudiantes con síntomas de depresión en las escuelas por parte del personal docente, quienes pueden alertar a padres y médicos para que se pueda intervenir antes de que haya consecuencias graves. En este sentido es necesario advertir que muchas veces los jóvenes pueden tener algunos síntomas de depresión pero por algunos días sin que se llegue a cumplir el tiempo estipulado para poder hacer el diagnóstico, o son síntomas aislados y poco intensos dándose una recuperación completa en pocas horas o días sin que podamos considerar a esos estados muy breves verdaderas depresiones. Un adolescente puede sentirse un día muy triste y desganado, incluso llorar, debido a alguna circunstancia momentánea, y al día siguiente o dos o tres días después encontrarse como si nada le hubiese pasado. Estos cambios de humores repentinos y fugaces son propios de esa etapa de la vida sin que constituyan episodios patológicos.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Cuando un alumno presenta cambios en su conducta y/o en su rendimiento, pensar en la posibilidad de que esté padeciendo de depresión.
- Si algún niño o adolescente presenta alguno de los síntomas de depresión antes descritos, observar su evolución para saber si son duraderos u obedecen a una situación de momento.
- En todo caso, ante un estudiante que presenta cambios de conducta o de humor, acercarse a él o ella para darle apoyo y para investigar que le está sucediendo.

- Si la situación de cambio anímico dura varios días, establecer contacto con los padres del alumno para conocer posibles situaciones familiares u otras que puedan dar explicación del trastorno del humor.
- Referir al estudiante afectado al psicólogo escolar y éste a su vez, lo enviará a otro profesional de la salud mental fuera de la escuela si lo considera oportuno, en caso de que no esté ya siendo atendido.
- Investigar con los padres del menor si está siendo medicado para la depresión y estar al tanto de los efectos del medicamento.
- Guardar reserva de la condición de su alumno deprimido una vez que se le ha dado a conocer. No debe divulgarla no entre el personal docente ni entre los alumnos o padres de éstos.
- Notificar a los padres o al profesional que atiende al niño de cualquier síntoma nuevo que se observe en él, así como de cambios positivos en su estado anímico.
- Saber que cuando se trata de una depresión verdadera, el efecto de los medicamentos no empieza a hacerse notar hasta después de un mínimo de diez a catorce días.
- Tener la disposición para escuchar al alumno deprimido si él o ella lo solicitan.

•-LA ANSIEDAD GENERALIZADA

Los estados de ansiedad generalizada, también conocidos como reacciones de ansiedad o neurosis de ansiedad y por el público no médico como nerviosismo, pueden darse con múltiples síntomas y persisten, con variaciones en su intensidad, durante períodos prolongados de tiempo. Las personas que padecen estos estados de ansiedad, viven constantemente preocupados y tensos siempre a la espera de que sucedan eventos desagradables y graves en perjuicio de ellos o de sus allegados. Viven generalmente en zozobra y en estado de híper vigilancia. No es infrecuente que la ansiedad generalizada aboque a la persona a estados depresivos constituyendo lo que se conoce como trastorno mixto depresivo-ansioso. Síntomas comunes de las neurosis de ansiedad son:

- Miedos y preocupaciones constantes.
- Tensión muscular, sobre todo en el cuello y la cara.
- Dolores de cabeza.
- Vértigos y mareos.
- Sudoración.
- Temblores musculares.
- Dolor de vientre y cambios en la función intestinal.
- Micción urinaria frecuente.
- Inquietud psicomotora.
- Taquicardia.
- Trastornos del sueño.
- Morderse los labios, las uñas o la camisa habitualmente.

No es necesario para hacer el diagnóstico que estén todos estos síntomas presentes, pero sí varios de ellos y en forma persistente por días o semanas. Los estados de ansiedad generalizada no siempre se manifiestan puros sino que pueden también combinarse con otras formas clínicas de la ansiedad como las fobias, la ansiedad de separación, la hipocondría y los trastornos obsesivo-compulsivos que describiremos más adelante. La base genética es indudable en estos

casos de ansiedad ya que es más frecuente en unas familias que en otras y los niños dan muestra de esta tendencia desde épocas tempranas de la vida, tan precozmente como en la etapa de lactancia cuando los padres notan que el bebé no se calma fácilmente, llora con facilidad y frecuentemente, sufre de cólicos, tienen sueño muy inestable y está siempre en estado de tensión. Una vez que ingresan al sistema preescolar, su inquietud ansiosa pueden confundirse con el trastorno hipercinético y ser mal diagnosticados y tratados equivocadamente. Acostumbran a mostrarse asustadizos en la escuela, con temor a ser agredidos por los compañeros o la maestra, con dificultad para integrarse o para estar relajados. En años de la primaria causan molestia al maestro porque piden muchos permisos para ir al baño, o para llamar por teléfono a sus padres, o se ausentan por tener síntomas físicos originados por la ansiedad. Habitualmente sufren mucho, si son buenos alumnos, por mantener su status de excelencia y sienten gran preocupación por la posibilidad de bajar sus calificaciones y «quedar mal» ante los padres y maestros. Su condición ansiosa hace que la vida normal en la escuela se convierta para ellos en una enorme presión que acaba por causarle estados de crisis nerviosas durante las cuales los síntomas que habían estado presentándose en forma leve o moderada, adquieren un intensidad insoportable incapacitándolo para asistir a su labores académicas, especialmente los miedos y los síntomas somáticos.

Además de la base genética-hereditaria, los estados de ansiedad en los niños pueden tener como causas precipitantes las siguientes:

- Crisis familiares como la agudización de un conflicto entre los padres, la violencia intrafamiliar, separación abrupta, y otras situaciones de amenaza a la integridad de la familia.
- Presión académica excesiva o inadecuada (como cuando a un alumno con temperamento ansioso se le exige que no pierda su posición de primer puesto o de cuadro de honor recriminándolo en caso de no lograrlo).
- Cuando se anuncia por los medios de comunicación la existencia de epidemias, crisis sociales o guerras inminentes, incluso aunque estos eventos no se vayan a dar en el entorno inmediato.
- Violencia en forma de asaltos, balaceras, crímenes o intervenciones policiales repetidas en el vecindario.
- Sobreprotección parental que no permite al niño desarrollar la autoconfianza suficiente para afrontar y solucionar los problemas que se le presentan en la vida. La persona crece con mucha incertidumbre e inseguridad, y especialmente si tiene tendencia hereditaria a ser nerviosa, sufre entonces de trastornos de ansiedad asiduamente.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Conocer bien a su grupo de alumnos para saber si hay entre ellos algunos muy nerviosos.
- Tener cuidado de no provocar estados de ansiedad con presiones académicas o disciplinarias inadecuadas especialmente hacia esos niños proclives a las crisis nerviosas.
- Crear un ambiente de enseñanza -aprendizaje y de relación maestro-alumnos tranquilo, basado en la confianza y una autoridad firme pero flexible y afectuosa. Cuando se es un educador autoritario, inflexible e intolerante, que acostumbra a gritar o amenazar (incluso a golpear), aunque no lo haga directamente a un alumno

nervioso, éste lo siente como si en cualquier momento lo atacará a él y lo humillará delante del grupo.

- Cuando en clases se toquen temas que pueden generar angustia o temor en los niños, tener cuidado de hacerlo transmitiéndoles calma y seguridad. En algunas ocasiones el maestro puede caer en posiciones alarmistas y atemorizar innecesariamente a su audiencia infantil (como cuando en clases de religión se les habla de la «condena al fuego eterno del infierno», de las «acechanzas de Satanás», del Dios que está siempre celoso y pendiente de cualquier falta que se cometa, o cuando se habla de los peligros de una guerra nuclear y el maestro se toma la licencia de advertir que puede ocurrir en cualquier momento, y otras cosas similares).
- Servir de apoyo psicológico al niño ansioso ayudándolo a relajarse y a tener confianza.
- Si algún estudiante sufre una crisis de ansiedad aguda, con agitación, llanto, gritos, etc., separarlo inmediatamente del aula y llevarlo a una habitación u oficina tranquila donde un adulto (ya sea el mismo maestro, la psicóloga, la enfermera o el director de la escuela), trate de tranquilizarlo fuera de la vista de los compañeros y de otros educadores. Se le puede dar un poco de agua y si la escuela dispone de algún tranquilizante, administrárselo si no se calma en unos minutos, siempre y cuando la enfermera supervise la dosis o se consulte telefónicamente con el médico del niño. Tratar además de que el resto del grupo no festine esta situación y comprendan y apoyen al niño afectado.
- Interesarse por conocer más de la vida del niño nervioso para saber si se están dando situaciones ansiógenas y así poder ayudarlo mejor, siempre con la ayuda del Gabinete Psicológico de la escuela o de otros profesionales de la salud mental.
- Nunca adoptar actitudes irónicas o burlonas hacia el niño o adolescente que sufre de ansiedad o ha tenido alguna crisis aguda en la escuela. Si esto sucediera, se estaría agravando el trastorno de ansiedad y se propician más las crisis y la tendencia de aquél a evitar la escuela.

•-LAS FOBIAS

La palabra fobia tiene su etimología del vocablo griego que significa horror y así, en clínica psiquiátrica, las fobias se refieren según el CIE-10, a un grupo de trastornos en los que la ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas, o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos.

Las personas fóbicas evitan siempre que pueden esas situaciones u objetos que le causan mucho miedo, y si se ven obligados a afrontarlas sufren síntomas intensos de ansiedad, incluyendo el desmayo o el pánico. Existen muchas clases de fobias: fobia a diferentes tipos de animales, a las alturas, a estar encerrado, a lugares públicos abiertos, a la sangre, a sufrir infecciones, al sexo, a la escuela, a estar delante de público (fobias sociales), etc. En este apartado dedicaremos más espacio a la fobia a la escuela, la agorafobia y la fobia social que son las que viven más a menudo los maestros.

Las fobias se producen en personas biológicamente predispuestas cuando han experimentado alguna situación o se han relacionado con algún objeto de manera tal que esa vivencia ha ido acompañada inmediatamente de un miedo intenso. A partir de ese momento, situaciones u objetos similares desencadenan respuestas que conocemos como síntomas de

ansiedad, siendo la conducta de evitación o de huída característicos en estos casos. Se ha producido lo que se conoce como un condicionamiento, y la persona aprende a evadirse del estímulo fóbico porque de ese modo impide la aparición de los síntomas o los disminuye.

La fobia a la escuela es una situación en la que el estudiante evita ir a clases y en general a estar en el centro escolar por el temor intenso que le produce. Si se le obliga asistir, ya desde que se está preparando en la mañana siente palpitaciones, mareos, llora, se resiste a bañarse o vestirse, o se esconde para que no lo suban al transporte escolar. Si llega hasta la escuela, sufre una crisis de pánico o una rabieta con gritos o agresividad en la entrada del plantel o del aula. Si se logra que se quede en el salón de clases puede pasar toda la mañana o buena parte de ella llorando o aislado. Si se le permite quedarse en casa, inmediatamente se tranquiliza y puede incluso cambiar a un humor alegre y confiado. Algunas veces su ansiedad se inicia desde las horas de la noche del día anterior si se le ha dicho que irá al colegio al día siguiente presentando dificultades para dormir o demandas constantes de atención a los padres. No siempre el niño podrá identificar la causa de su fobia a la escuela, pero otras veces ésta puede identificarse claramente porque la situación se ha dado después de un hecho traumático, o que el niño lo ha vivido con mucho temor aunque en realidad no sea un episodio realmente amenazador para los demás. Entre los hechos que la experiencia nos dice que pueden provocar fobia a la escuela se encuentran:

- La agresión física de parte de otro niño o del maestro.
- Actitudes amenazantes o de crítica mordaz de parte de un docente.
- Situación prolongada de victimización por parte del grupo. Lo que en nuestro país se conoce como ser «el congo del salón». El estudiante víctima sufre a diario burlas, agresiones verbales o físicas, rechazo abierto y aislamiento. Muchas veces estas situaciones no son manejadas adecuadamente por los educadores quienes más bien acaban criticando y marginando aún más al niño-víctima.
- Miedo a fracasar los exámenes, especialmente en asignaturas impartidas por maestros o profesores implacables y propensos a poner bajas calificaciones.
- Cuando por alguna razón involuntaria, como perder el control de los esfínteres accidentalmente, o por no dar bien alguna lección o a causa de un conflicto con un compañero o un profesor, el estudiante se ha sentido profundamente humillado.

En algunos casos la fobia escolar no viene precedida por un evento traumático evidente y el trastorno surge en forma inesperada. Cuando no existe algún antecedente que permita a los padres entender el rechazo del niño a la escuela, aquellos pueden pensar que simplemente desea evadir sus responsabilidades de forma voluntaria y es cuando empiezan a castigarlo, incluso físicamente, con lo que solamente se consigue empeorar su estado emocional.

Otras veces, cuando la resistencia del niño fóbico no ha podido ser vencida, optan por dejarlo en la casa por unos días, y tras nuevos intentos fallidos, entonces la ausencia de la escuela se hace indefinida si no interviene un terapeuta (médico o psicólogo). Si existe alguna causa de la fobia como las mencionadas más arriba y el niño está consciente de ello, no siempre quiere revelarla o la niega pues le produce también ansiedad que se sepa o reconocer que tiene miedo a enfrentarla.

Los objetivos del tratamiento en casos de fobia escolar son:

1.-Reintegrar el niño a la escuela lo más pronto posible, ya que mientras más tiempo se ausente, más difícil le será superar la fobia.

2.-Disminuir su ansiedad y producir una desensibilización, o sea, lograr que la escuela no tenga para él la cualidad ansiógena y tratar de conseguir un condicionamiento contrario: que ir a la escuela se asocie con sensaciones placenteras(terapia

conductual). Algunos niños necesitarán tratamiento farmacológico para reducir su ansiedad y facilitar así su reinserción a las labores escolares.

3.-Hacer que el niño haga cambios en su manera de concebir las experiencias escolares y no siga creando en su mente peligros imaginarios o distorsionando el significado de los hechos (terapia cognitiva).

4.-Modificar, si existen, causas reales de temor en el ambiente escolar con la ayuda del personal docente y el gabinete psicológico.

5.-Ayudar a los padres y maestros a entender la situación fóbica para que a su vez logren mejores resultados y no agraven el problema.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Tener en cuenta que la fobia escolar no es un invento del niño y que es en realidad un trastorno que él no puede superar por sí solo. Esto evitaría tomar acciones represivas o formarse un concepto negativo del estudiante.
- El maestro debe revisar si de alguna manera está contribuyendo al temor del alumno fóbico, o si en el grupo que tiene a su cargo existen otros estudiantes que lo victimizan.
- Comunicarse con el niño que se ausenta por fobia escolar, ya sea por vía telefónica, o personalmente en su propia vivienda si es posible, para apoyarlo emocionalmente e invitarlo a que vuelva a la escuela inculcándole confianza.
- Si el niño presenta una crisis de agitación y resistencia a la entrada del aula, no intentar ingresarlo con violencia, sino mantener la calma y solicitar que la escuela permita a uno de los padres acompañar un rato al niño en otra parte de la escuela, donde incluso se le puede dar tareas, para tratar unos minutos más tarde convencerlo de ingresar al aula o de incorporarse durante el primer recreo. En caso de que sea necesario que un familiar acompañe al niño en la escuela, esta presencia debe irse alejando y reduciendo en tiempo progresivamente. Si se ha mantenido al alumno separado del aula regular por un período de tiempo, el maestro debe mantenerse en contacto con él varias veces durante la jornada.
- Puede también intentarse una reincorporación del niño a la escuela por períodos cortos que se van prolongando día tras día, pero sin permanecer en la escuela al fin de cada período, y dándole tareas para cumplir en la casa.
- Durante el proceso de readaptación al medio escolar el maestro debe tener cuidado de no exigir al niño que cumpla de manera inmediata con todas las tareas que ha dejado sin hacer durante su ausencia, ni que se ponga al nivel de los demás en forma muy rápida pues esto podría provocarle mayor ansiedad.
- No hacer a los padres recomendaciones prematuras de cambio de escuela o de que el niño repita el grado, para no tener que tomarse el trabajo de colaborar y ayudar al niño a superar la fobia. Esta actitud descorazona a muchos padres y los induce a dejar al niño en la casa el resto del año escolar, o a adoptar posturas punitivas o muy críticas con él.
- Si se logra que el estudiante regrese a la escuela toda la jornada, seguirlo apoyando psicológicamente para reforzar su autoestima y confianza, ya que siempre son posibles las recaídas, especialmente después de los fines de semana o de períodos de vacaciones.
- En casos de niños con fobia escolar por temor al fracaso o a no poder mantener su posición académica, examinar con los padres hasta qué punto se le ha creado al

niño en la familia una situación de exigencia, directa o indirectamente, que ya no puede seguir soportando. De ser así, será necesario inducir en esos padres un cambio de actitud y de su forma de concebir el aprendizaje escolar, y que comprendan que no se trata de una competencia en la que se pone en juego el orgullo personal o familiar.

- Evitar que también la propia escuela y los docentes relacionados con el alumno afectado, tengan este concepto competitivo del rendimiento escolar, y que propicien un proceso de enseñanza-aprendizaje más natural, espontáneo y personal.
- Si el joven con fobia a la escuela está teniendo problemas de aceptación por el grupo, seguir con la ayuda del psicólogo escolar, una estrategia para revertir esa situación y que tome en consideración los factores inherentes a la propia conducta de aquél y los que son generados por el grupo (intentando que los líderes del grupo se adhieran a la causa).

•-LA AGORAFOBIA

La agorafobia es un trastorno que incluye el temor a estar en lugares abiertos y públicos. Etimológicamente esto es lo que significa, ya que al ágora era en la antigua Grecia la plaza donde solía reunirse el pueblo y sus líderes, y que inicialmente era el mercado público. El concepto de agorafobia de la CIE-10 conlleva el temor a salir de la casa y a viajar sin compañía a lugares lejanos. La persona agorafóbica siente mucho miedo a que algo le suceda, como desmayarse o sufrir una crisis de ansiedad muy intensa sin tener a su lado alguien que la pueda socorrer, y por eso evita salir o alejarse mucho de su domicilio o del grupo íntimo de amigos o familiares. En casos graves, pueden darse ataques de pánico o el confinamiento total en la casa. Su aparición es habitualmente en la adolescencia y especialmente al inicio de la vida adulta. En este caso, el interés que pueda tener es que puede confundirse con la fobia escolar que por el contrario, es más frecuente en niños por debajo de la pubertad. También puede ser causa de que el joven agorafóbico evite las excursiones escolares o la asistencia a eventos realizados en lugares a los que teme ir. Cuando un adolescente sufre una crisis nerviosa por agorafobia estando con compañeros y profesores ya sea en la escuela o en algún lugar fuera de ella, como en una convivencia en un sitio alejado, causa gran alarma e inquietud entre los demás pudiendo quedar con el estigma de enfermo mental, lo que a su vez lo hace sentirse peor y le agrava la fobia. Casi invariablemente estas personas necesitan tratamiento con uno o más medicamentos y psicoterapia que dependiendo de la mayor o menor gravedad del caso, se puede prolongar por varios meses o años.

La fobia social es también de interés para los educadores ya que quienes la padecen sienten mucho temor a interactuar socialmente, a ser criticados o enjuiciados por los demás, lo que los lleva a evitar hablar en público, comer a la vista de personas fuera del círculo familiar, ser presentado a otras personas, especialmente de sexo opuesto, y evitar las compañías. Son personas muy tímidas, inseguras y con pobre autoestima que generalmente andan solos o con una o dos personas muy íntimas, que no suelen mirar a los ojos cuando hablan a los demás, y no participan nunca en clases. Suele tener inicio en la adolescencia pero con el antecedente de una infancia con características temperamentales de inhibición y timidez. Hemos conocido adolescentes con fobia social que preferían quedarse dentro del auto con las ventanas cerradas por horas, con tal de no acompañar a los familiares a comer en un restaurante o a un parque. Así como también otros que se ausentan de la escuela cuando tienen que dar una lección o presentar un trabajo delante de los compañeros, y otros que se esconden cuando llegan visitas a su casa. La fobia social limita al mínimo la vida de estos jóvenes en la escuela y se les considera seres raros y huraños. Su incapacidad social les causa sufrimiento, aunque cuando

tienen la oportunidad de tratar su problema con un terapeuta, también se muestran evasivos y retraídos, haciendo más difícil la psicoterapia. En la escuela no se les presta mucha atención o son objeto de burlas por parte de otros lo que les empuja más al aislamiento.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- No someter a jóvenes con agorafobia o fobia social a situaciones en las que se sienten atemorizados y que pueden causarles crisis de ansiedad o de pánico. Esto debe hacerse solamente en un proceso de terapia con personal capacitado. Con el afán de ayudarlos a superar temores, algunos educadores los obligan a hacer cosas para las que no están emocionalmente preparados siendo los resultados catastróficos. Como obligarlos a hablar o cantar en público, forzarlos a participar en un baile, a insertarse en medio de un grupo de jóvenes a los que no conoce bien, o a jugar fútbol o baloncesto con jóvenes muy hábiles y agresivos en el deporte por dar algunos ejemplos. Si se quiere ayudar al joven fóbico en el ámbito escolar, debe recibirse la orientación del terapeuta que los está tratando y trabajar en estrecha coordinación con él.
- Hacerle saber al estudiante afectado que está para ayudarlo cuando lo necesite y no abrumarlo con consejos, aunque si es conveniente acercarse a él o ella regularmente para interesarse por su estado emocional y social.
- Tratar de ganar su confianza sin presionar y en forma progresiva, para ayudarlo a mejorar su autoestima y sus habilidades sociales.

Crear en el grupo un ambiente de comprensión y apoyo para estos alumnos, evitando en lo posible que se les tenga lástima o se les mire como personas enfermas.

•-EL MUTISMO SELECTIVO

El mutismo selectivo o electivo es un trastorno que se caracteriza porque el niño solamente habla con personas del círculo familiar inmediato y se mantiene totalmente callado ante la presencia de otras personas. En algunos casos, los niños con mutismo selectivo hablan también con otros niños de su grupo de edad en la escuela o el vecindario. La mayoría tiene habilidades lingüísticas adecuadas a su edad pero algunos, quizá un 30% tienen dificultades en el lenguaje, especialmente retraso evolutivo y defectos de pronunciación, aunque casi todos tienen un nivel de lenguaje mínimo suficiente para hacerse entender.

Suele iniciarse en la etapa pre escolar y durar muchos meses o años. Actualmente se piensa que es una forma infantil de la fobia social y se relaciona muchas veces con la ansiedad de separación y otras alteraciones psicológicas como la depresión, fobias y trastornos obsesivo-compulsivos, así como con rasgos tempera- mentales como timidez e inseguridad. No es infrecuente que también sean niños sobreprotegidos o que han sufrido traumas tempranos por abuso físico o sexual, o por violencia intrafamiliar.

Como consecuencias de este trastorno puede haber fracaso escolar debida a la falta participación del niño en clases y su negativa a hablar con el maestro o dar lecciones orales; aislamiento social cuando tampoco habla a los compañeros y por tanto no se integra a las actividades de grupo ni hace amistades y deficiente desarrollo de las habilidades sociales por la misma razón anterior. Cuando el mutismo es total y el niño no juega con otros ni tiene amigos, su vida queda limitada completamente dentro de su hogar. En las visitas a médicos o a psicólogos no responden ni siquiera con monosílabos y muy rara vez con algún gesto, lo que

dificulta mucho el examen mental. En mi experiencia, son pocos los que al llegar a la adolescencia continúan siendo mutistas, aunque mientras más dure el trastorno, más común es que se desarrollen otros trastornos de tipo emocional.

El mutismo selectivo es de difícil tratamiento y tiene que darse una colaboración de la familia y de los educadores con el equipo de profesionales que atienden al niño. Los métodos de modificación de conducta (la desensibilización y el moldeamiento), así como la terapia de juego y últimamente fármacos del tipo de los nuevos antidepresivos constituyen los tratamientos más efectivos, aunque no en todos los casos. La condición hermética de los niños con este trastorno crea mucha ansiedad y frustración entre sus maestros, algunos de los cuales terminan por abandonar todo esfuerzo por comunicarse con ellos, lo que a su vez produce desesperación y decepción en sus padres.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- No presionar al niño mutista delante del grupo, ni amenazarlo con castigos o con fracasarlo (si es un alumno que ya recibe calificaciones), pues estas medidas solo consiguen agravar la ansiedad y el mutismo del niño.
- Responder (reforzar con atención) cualquier gesto del niño, por mínimo que sea, que se entienda como un intento de comunicación.
- Conversarle normalmente al niño por períodos cortos (en los recreos por ejemplo), aunque éste se mantenga callado.
- Si el niño es completamente mutista, es decir, que tampoco habla con los compañeros, intentar de que haga empatía con alguno de ellos, especialmente alguno de carácter apacible y amistoso. De lograrse este objetivo, añadir otros niños progresivamente a medida que el mutista va disminuyendo el temor de integrarse con los demás. Nunca pretender introducirlo en grupos de más de dos niños en forma súbita, querer ligarlo con niños muy asertivos o agresivos.
- Si el mutista ha demostrado buena capacidad de aprendizaje y no se logra aún su participación verbal en clases, calificarlo a base de los trabajos escritos ya que sería injusto fracasarlo solamente porque no transmite verbalmente lo que sabe.
- Si no demuestra buena capacidad de aprendizaje o se sospecha que pueda tener un bajo nivel intelectual, obtener información de los padres y de los maestros que tuvo anteriormente para confirmar esta sospecha y poder planificar una enseñanza más especializada. Lo ideal sería contar con los resultados de una prueba psicométrica pero generalmente no se puede obtener colaboración del niño en ellas. No obstante, el psicólogo puede aplicar algunas pruebas en las que no es necesario que el niño se exprese verbalmente y escalas de madurez adaptativa y social.
- La observación del niño cuando se está comunicando con un familiar o con otros niños sin que note la presencia del observador, puede también servir para conocer un poco mejor sus habilidades. Esto es más fácil realizarlo en una clínica que disponga de una habitación con cámara aunque en la escuela se podrían arreglar algunas situaciones apropiadas para ello.
- No desesperarse si el niño no habló durante todo el año escolar a pesar de seguir estar recomendaciones, ya que incluso para el personal entrenado suele ser una labor de mucho tiempo en la mayoría de los casos. Hay que recordar que son pocos los que continúan mutistas después de la pubertad.

•-LA ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Una causa muy frecuente de absentismo escolar es la llamada ansiedad de separación, la cual no debe confundirse con la fobia escolar; en puede afirmar incluso que es una razón más común que ésta. Lo básico es este trastorno es un temor intenso a separarse a las que el niño se siente muy unido, generalmente la madre o el padre, o quienes ejerzan estos roles. La ansiedad que causa la separación real o la posibilidad de la misma se relacionan con el miedo que tiene el niño a perderse, ser abandonado, secuestrado o agredido, así como a que pueda sucederles algo muy malo a la persona o personas de las cuales no quiere separarse. Otras veces el origen de la ansiedad de separación radica en que el niño teme que al regresar a casa de la escuela no encuentre a alguno de los padres cuando existen conflictos matrimoniales. Algunos niños con este trastorno que temen ser abandonados, no quieren ir a la escuela porque creen que a la salida no los irán a buscar, o se les nota muy nerviosos y asustados, caminando de un lado a otro o llorando si los padres o la persona encargada de recogerlos no está ya a la puerta de la escuela al finalizar las clases. Igualmente sucede si tienen que ir a un cumpleaños o a alguna actividad social y quedarse allí con otros niños sin la compañía de algún familiar. Cuando se trata de una fobia escolar, el niño se ausenta de la escuela por temor a alguna situación o persona relacionada con ésta, pero en este trastorno lo hace por no alejarse del hogar o de la persona a la que se siente muy vinculado.

Algunos investigadores dicen que la ansiedad de separación causa un 75% de las ausencias a clases en los niños de escuela primaria. La necesidad imperiosa de estar cerca de la madre, o el padre o de otra figura importante para el niño lo lleva hasta el punto de no querer irse a la cama o de quedarse jugando o haciendo tareas solo. Síntomas habituales en estos niños son los dolores de cabeza, de vientre, vómitos o náuseas cuando saben que tienen que separarse o en las mañanas cuando están preparándose para ir a la escuela.

En relación a las causa de la aparición de un trastorno de ansiedad de separación pueden mencionarse:

- Conflictos en la vida familiar como discusiones y violencia entre padres, y la posibilidad de una separación o divorcio.
- Fallecimiento, especialmente si ha sido repentino o de manera muy dramática (como asesinato o accidente) (El niño tienen miedo a perder al otro padre quedar solo en el mundo).
- Enfermedad grave de uno de los padres (el niño teme que al alejarse este padre pueda fallecer).
- Traumas recientes como abuso sexual o agresiones de parte de algún extraño o incluso un familiar.
- Catástrofes naturales o guerras (reales o posibles)
- Experiencias traumáticas como haber sido víctima de un intento de secuestro, consumado o no, asaltos violentos o accidentes graves.
- Depresión infantil con sentimientos de indefensión, soledad y preocupaciones mórbidas.
- Enfermedad física en el niño que le hace temer a estar solo y también causa sentimientos de inseguridad e indefensión.
- Patología psiquiátrica en los padres como neurosis de ansiedad, agorafobia, depresión, trastornos conversivos (histeria), o alcoholismo.

Los niños que padecen ansiedad de separación tienen muchas veces antecedentes de sobreprotección y de temperamento ansioso, inseguridad y timidez, pudiendo presentar en la adolescencia o la adultez estados de ansiedad, fobia social, crisis de pánico o depresiones.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Si un alumno se ausenta de la escuela o se resiste a entrar a clases por temor, el educador debe investigar si se trata de un caso de fobia escolar o de angustia de separación.
- Seguir las pautas dadas anteriormente para el niño con fobia escolar.
- A la salida de clases, estar pendiente de acompañar al niño para darle apoyo en caso de que tarde en ir a buscarlo.
- Asegurarle que de ninguna manera será abandonado y si por alguna razón no pueden ir a recogerlo, alguien de la escuela se encargará de llamar a sus padres o de llevarlo a su casa.
- Permitir que haga llamadas a su casa o al trabajo de los padres pero llegando al acuerdo de que solamente debe hacerlo durante las pausas de recreo, para que de esta manera mantenga contacto con ellos y disminuya su ansiedad.
- Nunca aplicarle castigos consistentes en quedarse después de finalizadas las clases.
- Los conductores de buses escolares, o los maestros que los acompañan deben portar teléfonos móviles, o radios, que les permitan comunicarse con los padres de los niños o con la escuela en caso de algún percance que les impida que los niños lleguen a tiempo a sus destinos.
- Si la escuela organiza una excursión el maestro debe hacerle compañía al alumno que padece angustia de separación especialmente durante el viaje de ida y en algunos momentos en el mismo lugar de destino.

•-LAS CRISIS DE PÁNICO (CRISIS DE ANGUSTIA)

Estas crisis consisten en momentos de miedo intenso con aparición de síntomas como palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, náuseas, mareos, percepción de la realidad circundante o del propio cuerpo en forma extraña, hormigueo por el cuerpo, molestias abdominales o temblores. Durante estas crisis la persona tienen una sensación inminente de muerte o de perder la razón y algunos temen suicidarse.

Las crisis de pánico pueden desencadenarse en forma aislada sin que exista algún evento precipitante, o pueden darse ante una situación o estímulo determinado, siendo parte en ocasiones de un trastorno fóbico como la agorafobia y otros. Es más común en mujeres y de la adolescencia en adelante. No obstante, no es imposible que pueda presentarse en niños, especialmente la crisis de pánico de tipo situacional. En el medio escolar una crisis de este tipo puede presentarse en una situación que el estudiante percibe como peligrosa de alguna manera, como tener que afrontar a un profesor autoritario, un examen muy difícil, hablar en público o vivir una experiencia de hostigamiento por parte del grupo.

Patologías psiquiátricas como la depresión, los estados generalizados de ansiedad, la ansiedad de separación y como ya se mencionó, las fobias, se dan como trasfondo de estas crisis de pánico. La menor frecuencia reportada en la niñez puede deberse a que no son diagnosticadas. Es posible que un porcentaje considerable de adultos que padecen de crisis de pánico hayan tenido una primera experiencia de esta clase en la niñez o en la adolescencia.

También se ha relacionado el prolapso de la válvula mitral, una de las válvulas del corazón, y otras alteraciones cardíacas como la arritmia, con algunos ataques de pánico, por lo que el examen cardiológico será siempre importante en estos casos. Igualmente se deberá examinar la función de la glándula tiroides, de las paratiroides, así como investigar si el joven se encuentra en abstinencia de sustancias tóxicas.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Si se conoce que en el grupo hay un alumno que ha padecido anteriormente crisis de pánico, tener la precaución de no someterlo a situaciones que puedan desencadenarlas otra vez. Las personas que la han padecido una vez tienen mucho temor a que se repitan y por lo tanto hay que darles apoyo psicológico para reducir su ansiedad.
- Si un niño o adolescente presenta una crisis de pánico, no confundirla con simples rabietas u otras crisis de nervios que no llegan a la intensidad de aquéllas.
- Si se da un ataque de pánico en uno de los alumnos, aislarlo rápidamente en un lugar tranquilo de la escuela donde solamente lo acompañen dos o tres personas como máximo (la enfermera entre ellas si se dispone de una), y procurar que se calme respirando despacio, hablándole en forma calmada y sin actitudes o gestos dramáticos. Administrar si se tiene a mano un tranquilizante del tipo de las benzodiacepinas (diazepam por ejemplo), por vía oral, o inyectable si hay una persona capacitada para hacerlo. Comunicarse con los padres o tutores del alumno afectado o trasladarlo, en caso de que estos no sean localizados o vayan a tardar en llegar a un centro de salud donde se pueda aplicar un tratamiento adecuado.
- Recomendar a los padres acudir a un psiquiatra de niños y adolescentes en caso de que la crisis haya pasado sin necesidad de haber llevado al alumno a un centro de salud. Se les debe explicar que la referencia al psiquiatra no es debido a que su hijo padezca de locura sino de crisis nerviosas de mucha intensidad que requerirán de un estudio clínico y un tratamiento que incluye casi siempre, al menos por un período, de un psicofármaco además de psicoterapia.
- No permitir que el grupo de alumnos interprete la crisis de pánico de su compañero como una señal de locura o de incapacidad para continuar su vida social y académica.
- Ayudar al joven que ha tenido la crisis a no sufrir merma en su autoestima y a seguir su vida normalmente dentro de la escuela.

•-EL SÍNDROME OBSESIVO-COMPULSIVO

La CIE-10 define este síndrome como la «presencia de pensamientos (ideas o imágenes) o actos impulsivos recurrentes». Los pensamientos obsesivos suelen ser de contenido desagradable para el sujeto y percibidos como carentes de sentido aunque surjan de su propia actividad mental. Tienen una cualidad supersticiosa muchas veces y causan mucho malestar por lo que el individuo trata de resistirse a ellos. Los impulsos o actos rituales son repetitivos y estereotipados y tienen la finalidad de conjurar algún posible mal.

En los primeros años de la infancia aparecen conductas de tipo ritualísticas como cuando un niño se empeña en colocar sus juguetes en un cierto orden, o quiere colocarse ciertas prendas de vestir de una determinada manera, etc., pero no deben confundirse con las conductas

del síndrome obsesivo-compulsivo pues no tienen el mismo significado ni producen el sentimiento de malestar que causa este último en quienes lo padecen. Se trata de un momento evolutivo que desaparece generalmente en la edad preescolar. Sin embargo, el trastorno obsesivo compulsivo puede afectar tanto a niños como adolescentes y adultos. Algunos niños pueden empezar a mostrar los síntomas en edades tempranas, y han sido descritos como escrupulosos, tímidos, pedantes, aferrados al orden minucioso y a la simetría precisa. El psiquiatra Kanner, quien los describía de esa manera añade que son niños que hacen sus deberes una y otras vez, y que constantemente dudan de su rendimiento escolar. Generalmente son jóvenes aislados, poco flexibles en sus juicios, obstinados, angustiados, temerosos, muy cavilosos y serios. No pueden adoptar una actitud relajada siendo su talante tenso y poco natural.

Conductas como lavarse repetidas veces las manos, demorarse mucho en la ducha (a veces horas), verificar repetidas veces si una puerta o ventana quedó debidamente cerrada, comer los alimentos en un determinado orden, ponerse la ropa en una secuencia preestablecida, colocar la ropa o los zapatos en una disposición simétrica, rehacer constantemente las tareas hasta que queden «perfectas», repetir varias veces un rezo hasta decirlo sin equivocarse en ninguna palabra, decir musitando lo que ya ha dicho en voz alta, cerrar y abrir innumerables veces el grifo del agua o la cerradura de una puerta, son ejemplos de los múltiples tipos de conducta impulsiva que pueden presentar estos pacientes. Si no se ejecutan estos rituales como y cuantas veces debe ser, la persona obsesivo-compulsiva teme que pueda acaecerle a ella o a otra persona alguna adversidad.

En relación a los pensamientos obsesivos, es frecuente que tengan un contenido contrario al deseo real de la persona, como la idea de que los padres u otro familiar debe morir, de asesinar a alguien, de que se es homosexual, o incluso pensamientos obscenos relacionados con figuras familiares o religiosas. Son ideas intrusivas muy intensas que provocan verdaderos estados de ansiedad, y a la larga un estado de agotamiento mental o incluso de depresión. La incertidumbre es un elemento importante en este trastorno ya que el individuo nunca está seguro de si con sus rituales ha logrado conjurar el posible mal, y esto es precisamente el factor que lo hace abocarse a la ansiedad permanentemente. El síndrome obsesivo-compulsivo ha sido relacionado en numerosos estudios con disfunciones neuro bioquímicas como la desregulación de la actividad del neurotransmisor conocido como serotonina de circuitos neuronales de la corteza orbito-frontal y de los ganglios basales del cerebro, y estas alteraciones parecen estar condicionada genéticamente. No obstante, no se puede descartar el papel que junto a estas anomalías neurofisiológicas y neuroquímicas puede jugar el aprendizaje, que explicaría el mantenimiento de las conductas impulsivas y repetitivas por su efecto reductor de la ansiedad.

Los intereses muy marcados que muestran a veces algunos niños o jóvenes por determinados temas o personas no deben confundirse con las obsesiones y compulsiones porque tampoco tienen la misma causa, ni son patológicas por más que en el lenguaje cotidiano se les llame equivocadamente obsesiones, como cuando se dice, por ejemplo, «fulanito está obsesionado con el fútbol», o «zutanita está obsesionada con ese muchacho», etc.

Los niños que padecen de un trastorno obsesivo-compulsivo pueden ver su actividad escolar afectada por:

- No completar sus exámenes a tiempo por la necesidad que sienten de realizarlos en forma muy escrupulosa y perfecta.

- Trastornos en la concentración que les ocasionan los pensamientos obsesivos y las compulsiones.
- No seguir adecuadamente una lección por detenerse en detalles de menor importancia.
- Ausentarse de clases por trastornos psicológicos como estados fuertes de ansiedad o depresiones relacionadas con el síndrome.
- Tardanzas por demorarse demasiado bañándose, vistiéndose o tomando el desayuno.
- Dificultades de socialización con los compañeros debido a sus características temperamentales ya descritas.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Si un estudiante llega tarde a clases con frecuencia, se debe investigar la posibilidad de que su tardanza se deba a un trastorno obsesivo-compulsivo y en ese caso existe una razón distinta a la irresponsabilidad. Se trata de una enfermedad.
- Si esto sucede y los padres no se han percatado de que lo que existe es una síndrome obsesivo-compulsivo, se les debe referir al psicólogo de la escuela, y éste, en caso de no sentirse capacitado o con tiempo para realizar el tratamiento apropiado, enviarlo a su vez a otro profesional de la salud mental ya que es ésta una enfermedad que requiere de tratamiento especializado que incluye un fármaco cuando es muy intenso.
- De haber algún niño con éste trastorno en la clase, el maestro o profesor debe ayudarlo haciéndole comprender que no se le exige perfección, y por supuesto, no se le debe someter a exigencias que él pueda interpretar como perfeccionistas. En ocasiones, será mejor tomarle la lección oralmente para evitar que demore demasiado por querer escribir con demasiada escrupulosidad.
- Ayudar al niño o adolescente obsesivo-compulsivo a integrarse lo mejor posible a su grupo de compañeros especialmente si su problema lo hace estar aislado o marginado del resto.
- Conocer si el niño está tomando psicofármacos para poder reportar a los padres o al médico sobre los efectos de los mismos.

•-LA HIPOCONDRÍA

La hipocondría o neurosis hipocondríaca no es un trastorno muy frecuente en la niñez y la adolescencia pero no hay duda de que en la práctica clínica nos encontraremos con algunos casos, sobre todo en pacientes que padecen de ansiedad generalizada o que conviven con padres ansiosos. En la hipocondría la persona está constantemente abrumada por la posibilidad de sufrir una o más enfermedades graves, por lo que a menudo está quejándose de molestias físicas con intensidad variable. Aunque los exámenes médicos que se le practiquen no revelen patología alguna, el paciente continúa en la creencia de estar enfermo.

En niños con tendencia a la ansiedad, la hipocondría puede aparecer si se da una enfermedad en uno de los familiares o si se ha producido una epidemia en el país. También es posible que se de un estado de hipocondría en estos niños susceptibles cuando en clases de ciencias se toca el tema de algunas enfermedades como el cáncer y las infecciones (el SIDA en los adolescentes). Si el miedo es de breve duración y el niño no tiene la convicción de que padece de los síntomas de la enfermedad temida, entonces hay que diferenciarlo de la

hipocondría, pues en ésta el individuo se comporta como si estuviera enfermo y es resistente a las explicaciones aclaratorias de los médicos, además de que suele durar varios meses o años.

Los síntomas somáticos que presentan los niños y jóvenes hipocondríacos, aunque no sean importantes, los incapacitan en ocasiones para cumplir sus labores escolares y producen absentismo debido a las constantes visitas a las clínicas o a la negativa a ir a la escuela por sentirse mal.

La recomendación principal que debemos hacer a los educadores en cuanto a este tema, es que se debe tener cuidado al dar lecciones relacionadas con enfermedades para no crear alarma y miedos entre los alumnos más nerviosos, y en caso de haber un alumno con rasgos hipocondríacos se le debe dar apoyo psicológico para aliviar su ansiedad y transmitirle confianza en su propia salud.

•-LOS TRASTORNOS DE CONVERSIÓN

Estos trastornos se caracterizan por presentar una serie de síntomas psicológicos y físicos sin que exista una enfermedad orgánica de fondo y corresponden en gran medida a lo que se llamó por mucho tiempo histeria. Los síntomas no están bajo el control de la persona aunque si pueden ser modificados por sugestión o hipnosis. En esto se diferencia de los síntomas que son simulados para obtener alguna ganancia. Lo común en estos casos, según define la CIE-10, es la pérdida parcial o total de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Existe pues un estado de desintegración de la conciencia que puede durar desde horas hasta varios meses. Cuando en el lenguaje cotidiano las personas acostumbran a decir que alguien se puso histérico, se están refiriendo más bien a estados emocionales conscientes de rabia, ira o desesperación que no tienen ninguna relación con estos trastornos.

Generalmente, la causa de que se presenten los trastornos de conversión es por experiencias traumáticas recientes o lejanas, y la presión psicológica que ejercen a niveles subconscientes o inconscientes, se convierte en síntomas físicos que pueden simular o confundirse con enfermedades de tipo neurológico. El enfermo no suele asociar la vivencia traumática con los síntomas conversivos, y el terapeuta no siempre logra identificarla, por lo que se recurre muchas veces a técnicas de hipnosis.

En los niños y adolescentes es muy frecuente que los trastornos de conversión, o histeria de conversión sean provocados por experiencias de abuso o violación sexual, de peligro físico inminente o por haberse impresionado muy fuertemente por los síntomas de alguna enfermedad grave en un pariente cercano.

Las formas en las que pueden presentarse los trastornos de conversión son variadas y consisten en:

- Amnesia parcial o completa.
- Fugas.
- Estupor o embotamiento de la conciencia.
- Estados de trance y posesión.
- Alteraciones de los movimientos o parálisis de alguna parte del cuerpo.
- Convulsiones.
- Alteraciones de los sentidos como ceguera parcial o total.
- Alteraciones de la sensibilidad cutánea o anestesia.
- Personalidad múltiple.
- Formas mixtas.

Cada una de estas formas plantea problemas de diagnóstico diferencial muchas veces difíciles porque se confunden con una variedad de enfermedades físicas, lo que ocasiona gastos e inversión de tiempo considerables haciendo exámenes médicos. Si no se encuentra ninguna causa física como sucede en estos casos y el problema se hace crónico, la desesperación de los familiares de los pacientes los hace buscar explicaciones sobrenaturales y acudir a toda clase de curanderos y hasta a sacerdotes para que realicen exorcismos. Pero el hecho de que no se encuentren causas somáticas no quiere decir que no sea una enfermedad, solamente es diferente el mecanismo por el cual se produce.

Los trastornos conversivos que cursan con alteraciones de la motilidad o con parálisis, en caso de prolongarse por muchos meses, pueden conducir a un estado de incapacidad funcional permanente o a una atrofia muscular del miembro afectado. Naturalmente que los trastornos de conversión afectan de forma importante la vida social, académica o laboral de la persona por las incapacidades que produce y porque el estado disociativo impide una normal relación con el ambiente. Aunque en la población infantil no es tan frecuente como en la adolescencia y la vida adulta, tienen interés para los maestros conocer sobre esta enfermedad para que no se presten para interpretaciones erróneas, y para que puedan instruir debidamente a sus alumnos sobre su carácter médico psicológico. En las escuelas se puede dar de vez en cuando, especialmente entre las adolescentes, crisis conversivas que se inician por una de ellas contagiando a muchas más dándose un fenómeno de histeria colectiva, ocasión que aprovechan las medios de comunicación, especialmente los sensacionalistas, así como los charlatanes y fanáticos religiosos para especular con supuestos fenómenos diabólicos o «intervenciones de malos espíritus».

En épocas pasadas cuando la norma social era la represión de las conductas sexuales, eran más habituales estas crisis «extrañas» en mujeres jóvenes en forma de convulsiones, estados estuporosos, delirantes (hablar en lenguas desconocidas, por ejemplo), o de trance. Normalmente estas enfermas eran tratadas como poseídas por el demonio. Si esto sucedía en las épocas de mayor fanatismo y oscurantismo religiosos como en la edad media y aún durante los siglos XV al XVIII, el resultado podía ser la hoguera para estas «poseídas».

A pesar de que muchos de estos síntomas de conversión se presentan de manera aparentemente grave, como cuando una persona tiene paralizado todo un brazo o una pierna, o cuando no siente la mitad de su cuerpo, el paciente no muestra un estado de ánimo congruente con su situación patológica, mostrándose con un cierto grado de indiferencia, lo que la Psiquiatría francesa llamó la «belle indiference». Sin embargo, esta particularidad no es tan habitual en niños con trastornos de conversión y sí en adultos. Cabe mencionar que los famosos estados de personalidad múltiple también son mal interpretados por el público no médico para referirse a personas que exhiben cambios súbitos de humor o de carácter variable. La personalidad múltiple no se trata de eso. Es un fenómeno que muchos psiquiatras dudan que tenga existencia real y creen que más bien se puede tratar de estados inducidos por la terapia en algunas personas fácilmente sugestionables. En todo caso, se entiende por tal la aparición en momentos diferentes de dos personalidades completamente distintas en una sola persona, sin tener relación alguna o conocimiento entre ellas. Son casos muy raros y en niños aún más. En nuestro Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes no se ha visto un solo caso en más de 28 años que tiene de existencia.

En la población pediátrica los estados conversivos que se ven con más frecuencia son las convulsiones, los trastornos de los movimientos y los estados estuporosos, según nuestra experiencia. Y como ya se ha mencionado, se relacionan casi siempre con situaciones muy traumáticas.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Si tiene algún alumno o alumna que presente algunos de los síntomas de trastorno conversivo descritos anteriormente, evite hacer comentarios sobre causas sobrenaturales que puedan alarmar a los demás niños o jóvenes y agravar la enfermedad. Recuerde que estos son trastornos bien conocidos por la Psiquiatría y tienen una causa psicológica no consciente.
- Si un estudiante se va de la escuela o anda vagando por ella comportándose como si fuera otra persona, no interprete de una vez que es una fuga disociativa ya que puede obedecer a otras causas. Es necesario descartar problemas más comunes como la depresión, el consumo de drogas, el rechazo a la escuela y otros trastornos de conducta. Si no se trata de ninguno de estos problemas y el episodio se produce en forma inesperada, en una persona que no acostumbra a hacerlo, se puede pensar en la posibilidad de una fuga disociativa especialmente si se sabe de algún evento traumático reciente en su vida. En este caso corresponde a la familia llevar al estudiante a un profesional experto en Psicopatología Infantil y Juvenil para que estudie el caso.
- En caso de darse una crisis convulsiva disociativa en un estudiante, por lo general no se acompaña de pérdida de la conciencia, o de liberación de orina, mordedura de lengua o salivación profusa como suele pasar en las convulsiones epilépticas. De todos modos, es necesario apartar al afectado en un sitio tranquilo, con pocas personas alrededor, no ejecutar ningún tipo de maniobra brusca para calmarlo ya que en pocos minutos se relajará sin sufrir daño alguno. Todo lo que se requiere en ese momento es darle apoyo psicológico.
- No saque conclusiones fáciles sobre las posibles causas emocionales de un trastorno de este tipo en alguno de sus discípulos, ya que incluso a los profesionales de la salud mental les toma tiempo llegar a conocerlas.
- Si llega a saber que uno de sus alumnos sufre de un trastorno conversivo, recuerde que no es simulado y por tanto no se le debe recriminar ni humillar.

VI

EL AUTISMO INFANTIL

En 1943 el doctor Leo Kanner, austriaco emigrado a los Estados Unidos hizo la primera descripción de lo que llamó autismo infantil precoz. Se trataba de 11 niños con tendencia al retraimiento antes de cumplir el año de edad. El denominador común de esos niños según Kanner era la imposibilidad de establecer desde el mismo comienzo de la vida, conexiones ordinarias con las personas y las situaciones. Los padres decían de ellos que querían ser autónomos, que se enquistan, que están contentos cuando los dejan solos, que actúan como si las personas que los rodean no estuvieran, que dan la impresión de sabiduría silenciosa. Desde entonces, el autismo infantil ha sido objeto de numerosos estudios y publicaciones en el ámbito científico médico y psicológico, no obstante, lo descrito por Kanner sigue siendo la base de la conducta de estos niños autistas.

Los autistas no son todos iguales y pueden diferenciarse por su capacidad intelectual, siendo algunos de inteligencia normal o superior, aunque la mayoría, un 75%, están en niveles de limitación intelectual de leve a grave. Los autistas de buena capacidad intelectual suelen ser llamados autistas de alto nivel y tienen un mejor pronóstico académico y laboral. También pueden diferenciarse los autistas en relación a la intensidad de algunos síntomas y a otras alteraciones conductuales y emocionales que pueden acompañar a los síntomas básicos mencionados al inicio del capítulo. En relación a éstos, lo que más llama la atención en los niños autistas es su marcada incapacidad para relacionarse con los demás, su actitud aislada y lejana, «como si estuvieran en otro mundo». Incluso su mirada es vaga y no miran a los ojos de quienes les hablan. Este retraimiento como lo llamó Kanner, efectivamente puede manifestarse desde los primeros meses de la vida, aunque a los ojos de personas sin entrenamiento clínico en Psiquiatría o Psicología de Niños, puede pasar desapercibido.

Algunas madres con niños autistas pueden experimentar una sensación de extrañeza ante la falta de respuestas del bebé cuando les hablan o los cargan, pero no tienen el conocimiento que les haga pensar en la posibilidad de un trastorno de este tipo. El autismo es una enfermedad que se manifiesta en los primeros tres años de la vida, a veces desde los pocos días de vida, y otras después de un período de uno o dos años de aparente normalidad. Algunos niños logran decir algunas palabras y un contacto social adecuado a su edad, pero en cierto momento pierden estas capacidades adquiridas antes de los tres años de edad. Se suele llamar autismo regresivo a esos casos en los que los síntomas aparecen después de un período de aparente normalidad.

El lenguaje también se afecta en los autistas pudiendo darse desde una ausencia total de lenguaje expresivo hasta el desarrollo de una capacidad de comunicación verbal casi normal. En los autistas típicos y especialmente en los de menor nivel intelectual, el lenguaje expresivo, cuando se desarrolla, suele tener en un principio poca función social, es decir, no sirve para comunicar ideas, intereses o sentimientos, e igualmente sucede con el lenguaje comprensivo cuya deficiencia no permite al autista captar emociones, estados mentales o necesidades de los demás. Por otra parte, es habitual, cuando el niño está aprendiendo a utilizar el lenguaje, que cometa errores de sintaxis, así como la inversión de pronombres (yo por tú y viceversa), la falta de entonación y de modulación, y la ecolalia, que consiste en repetir igual y automáticamente lo que se le dice.

La falta de juego cooperativo y la incapacidad para la utilización de símbolos en la actividad lúdica es otra característica del autismo infantil, pero que en los de mejor capacidad cognoscitiva puede mejorar con el tiempo. La idea muy generalizada de que los autistas son una especie de genios que desarrollan capacidades extraordinarias para las matemáticas, la música, el arte, etc., no es verdad, ya que solamente un pequeño grupo de ellos destaca en este sentido, y esto puede suceder también otras personas retardadas sin autismo infantil.

Los movimientos repetitivos y estereotipados que acostumbran a exhibir los autistas son variados y consisten en aleteo de las manos, saltos, giros del cuerpo, taparse los oídos, retorcerse los dedos de las manos, movimientos con la cabeza, estiramiento de los brazos y las manos, etc. No son síntomas exclusivos del autismo ya que pueden darse en retardados graves y en algunos niños que padecen de parálisis cerebral. Sin embargo, casi todos los autistas típicos los muestran de alguna manera. Estos movimientos pueden interferir con el proceso de aprendizaje del niño autista en el aula de clases o en las terapias, por lo que muchas veces será necesario modificar estas conductas. Los intereses restrictivos van muy unidos a una especie de rigidez en la vida de estos niños, quienes debido a ésta, no soportan cambios de rutina, incluso de cosas sin importancia para otros, como cambiarlo de puesto en la mesa, tomar otra ruta con el auto o en el transporte público, colocarle los juguetes en forma distinta a como suelen estar, etc. Generalmente reaccionan con rabietas ante los cambios de estas rutinas de la vida diaria.

El interesarse por ciertos objetos y llevarlos siempre en las manos o en los bolsillos, por lo común cosas sin mayor valor como botones, piedras, trozos de juguetes rotos, etc., es otra conducta que se da en los casos de autismo aunque no en todos. Otros se apegan a objetos de mayor significado sentimental o lúdico como fotos, carritos, muñecos, o incluso audífonos para escuchar música de un tocadiscos portátil. El interés por aspectos parciales de los objetos como su olor o su textura es también relativamente frecuente en ellos. Cuando el lenguaje se ha podido desarrollar hasta un nivel cercano al normal, el autista también puede tener temas de conversación (ya sea como diálogo o monólogo) repetitivos, a veces de manera muy insistente.

La incapacidad para transmitir sus emociones y sus necesidades por medio del habla o de algún otro tipo de comunicación que les permita darse a entender, y la propia dificultad para comprender al mundo y a las personas que les rodean, facilita en los autistas infantiles la aparición de trastornos emocionales como los estados de ansiedad, los temores, las fobias y alteraciones del sueño. Y también trastornos de la conducta como rabietas, agresividad contra otros y contra sí mismo (pellizcarse, morderse las manos o los dedos, morderse los labios, arañarse, etc.), problemas de conducta alimentaria y a veces inquietud intensa. Las enfermedades físicas como malestar de garganta, dolor de estómago, dolor de muelas, de cabeza, fiebre y otros, producen en ellos estados emocionales alterados que cursan especialmente con irritabilidad, y que de no conocerse la causa, se pueden interpretar mal y tratar con tranquilizantes equivocadamente. En la adolescencia, pueden surgir incluso síndromes depresivos así como convulsiones epilépticas, u otras enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia y los síndromes obsesivo-compulsivos. Esto último no hay que entenderlo como que la mayoría de los autistas sufrirán estas enfermedades, pero sí existe una posibilidad ligeramente más alta que en la población normal, por lo que es importante llevar un seguimiento médico-psiquiátrico de los autistas permanentemente.

El Síndrome de Asperger, descrito por primera vez en 1944 por el médico austriaco Hans Asperger quien lo llamó Psicopatía Autística, se refiere a una variante más de autismo que se caracteriza especialmente por:

- Mejor desarrollo del lenguaje.
- Mejor capacidad intelectual en la mayoría de los casos.
- Mayor incidencia de trastornos de la motricidad.

Se han dado diferencias de opinión sobre si el Síndrome de Asperger es una variante más leve del autismo o si constituye una entidad aparte. Mi opinión es a favor de la primera hipótesis mientras no hayan evidencias más firmes en favor de la segunda. En este sentido, el autismo puede verse como un síndrome de intensidad variable que va desde el autista con retardo grave hasta el niño con síndrome de Asperger y buena capacidad lingüística y cognoscitiva. En el caso de los niños con Asperger se da muchas veces lo que se conoce como hiperlexia, o un aprendizaje muy temprano de la lectura, incluso a edades tan precoces como los tres y cuatro años. la disfuncionalidad social es la característica que más trastornos causa en estos niños, especialmente al inicio de la edad escolar y en la adolescencia, ya que en las edades intermedias puede haber algún grado de adaptación al grupo en las actividades escolares principalmente, lo que luego se pierde cuando los adolescentes desarrollan otras actividades no académicas, como sociales y deportivas.

El joven con síndrome de Asperger tiene también tendencia muy marcada a la actividad y los intereses restringidos, lo que produce mayor distanciamiento de sus pares quienes no están interesados en dedicar tanto tiempo a esos temas sobre los que gira el pensamiento de aquéllos. Las actitudes a veces excéntricas de los niños con este síndrome pueden ser causa de burla y agresiones de los demás, lo que a su vez contribuye a su aislamiento y a la adopción de

conductas agresivas. No sería imposible que casos de Asperger más leves puedan pasar más bien como niños o jóvenes raros que una vez que terminan la secundaria y la universidad, lleven una vida productiva, incluso familiar, pero siempre mostrando características de personalidad como la introversión, la discapacidad para hacer o mantener amistades, la inclinación a encerrarse en su actividad laboral, académica o investigativa. Algunos pocos pueden sufrir trastornos mentales importantes de tipo psicótico (alguna forma de esquizofrenia) o personalidad esquizoide. Los niños con autismo de alto nivel y los que padecen de síndrome de Asperger son quienes con más frecuencia asistirán a las aulas normales, presentando un verdadero reto a los educadores en relación al manejo de sus conductas, y a las necesidades educativas, lo que obliga muchas veces a hacer ajustes individuales en el plan de estudios.

El autismo y sus variantes tienen que ser diagnosticados después de haber descartado otras patologías o condiciones que podrían confundirse con ellos como:

- Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje, especialmente cuando existe dificultad para la comprensión.
- Psicosis infantiles como la esquizofrenia temprana.
- Sordera.
- Disfunción cognitiva sobre todo cuando se acompaña de alteraciones emocionales y/o conductuales.
- Mutismo selectivo.
- Conducta inhibida con ansiedad en la infancia.
- Algunas formas poco comunes de estrés agudo en la infancia.
- Otras patologías neurológicas.

Corresponde al psiquiatra de niños realizar el diagnóstico diferencial pidiendo consulta a otros especialistas pediátricos (neurólogo, otorrinolaringólogo, foniatra) cuando lo considere necesario. Las evaluaciones psicológicas también deben formar parte del proceso de diagnóstico.

El pronóstico en el autismo infantil dependerá en buena medida de la capacidad intelectual, las oportunidades de educación y terapias adecuadas, el nivel social y la vida familiar. En términos generales, es mejor el pronóstico en el Asperger y peor en el síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo. Los casos que cursan con limitación intelectual grave o profunda necesitan estar siempre bajo cuidados de la familia o instituciones especiales. La infraestructura disponible y los recursos humanos especializados para atención de personas con estos trastornos también serán de importancia para mejorar el pronóstico.

El tratamiento de las personas con trastornos generalizados del desarrollo tiene aspectos básicos comunes que son aplicados a través de diferentes metodologías. Estos objetivos principales tratan:

- Lograr la adaptación e integración del individuo a su medio.
- Desarrollar la capacidad de atención y de seguimiento de instrucciones.
- Desarrollar la capacidad lingüística.
- Enseñar las habilidades de la vida diaria.
- Eliminar o reducir las conductas repetitivas estereotipadas y otras conductas anómalas interferentes con el aprendizaje y la socialización.
- Estimular las funciones cognoscitivas.
- Mejorar las destrezas psicomotoras y las capacidades senso-perceptivas.
- Promover el bienestar emocional.

- Facilitar el aprendizaje de los conocimientos escolares, ya sea en aulas de educación especializada o en programas de integración o inclusión.
- Dar apoyo psicológico y orientación a los familiares para lograr una mejor comprensión del problema y un educación en el hogar más efectiva.
- Insertar al joven autista que no presenta un retardo profundo, a la vida social y laboral.

Es importante aclarar que el autismo no se cura con medicamentos, aunque se ha creído ver mejorías cuando se han administrado algunos como las vitamina B6 en dosis grandes, el piracetam, y últimamente la secretina (basándose en la hipótesis antes mencionada). Ninguno de estos tratamientos ha probado ser efectivo en los autistas, siendo los casos reportados anecdóticos. Otro tratamiento utilizado en los últimos años ha sido la dieta libre de gluten y de caseína para evitar que su degradación produzca sustancias opiáceas como la glutenmorfina y la beta-caseomorfina que se cree se relacionan con el autismo. Tampoco son muy consistentes los resultados de este tratamiento dietético aunque algunos piensan que sí son efectivos, pero no en todos los casos.

Normalmente, los niños con autismo y Síndrome de Asperger no requieren tomar psicofármacos, salvo en caso de que presenten otras alteraciones conductuales o emocionales que no mejoren por otros métodos, como conducta violenta, ansiedad intensa, trastornos del sueño, depresiones en la adolescencia, hiperactividad, etc.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Tener conocimientos de métodos de modificación de conducta ya que se utilizan mucho en el entrenamiento de niños con estos trastornos.
- Familiarizarse con los métodos de educación especializada aunque no se desempeñen como especialistas en ese campo, pues les podrá ser más fácil trabajar con autistas integrados o en sus aulas regulares.
- Trabajar con planes de estudio personalizado tomando en consideración el estado de las capacidades del alumno: cognoscitivas, lingüísticas, psicomotoras, sensoperceptivas y emocionales, así como el grado de adaptación social y escolar. Además del grado de avance que ha realizado en el aprendizaje académico.
- Desarrollar este currículo en conjunto con el gabinete psicopedagógico y otros profesiones que atiendan al alumno, ya sea dentro como cuando se dispone de tutores especializados, o fuera del ámbito escolar. También se debe incluir a los padres con la finalidad de que conozcan bien el plan a seguir y se involucren en el mismo.
- Método altamente estructurado; instrucción clara en relación a límites espaciales y temporales.
- Ligar el aprendizaje con los intereses del niño.
- Alternar las vías de instrucción según las peculiaridades de aprendizaje del alumno.
- Uso de apoyos (visuales, auditivos, instigación física, modelos, etc.)
- Intentar siempre comprender el significado de los cambios conductuales.
- No pretender que el estudiante con algún trastorno de este tipo funcione en un ambiente académico competitivo, o que se desempeñe al mismo ritmo y progreso que los demás.
- Estimular positivamente los logros del niño por pequeños que puedan parecer.
- No someterlo a exigencias que lo hagan fallar constantemente.

- En coordinación con los familiares, procurar que lo aprendido en la escuela se generalice a otros ambientes.
- Establecer con el alumno una comunicación verbal adecuada a su nivel de comprensión, y dar órdenes claras y precisas.
- Ayudar al niño a integrarse al resto del grupo para actividades de juego y otras, iniciando con grupos de dos o tres compañeros que hayan mostrado mayor acercamiento al él o ella.
- Lograr una buena comunicación afectiva, incluyendo las muestras de cariño físicas como los abrazos.
- Ser firme, pero no violentos, ante conductas inadecuadas como la agresividad, las rabietas, la actitud oposicionista.
- No ser tolerante con las actitudes rechazantes o burlonas de los demás niños para con el autista.
- Tener en cuenta que, en relación a la educación física, los que padecen el síndrome de Asperger especialmente, presentan con habitualmente debilidades motoras que les impiden realizar bien los ejercicios causándoles irritación y frustración, por lo que también en esta área hay que ayudarlo con una estrategia diferente.
- Ser paciente con los padres y saber escuchar sus preocupaciones y sugerencias, porque tener un niño con estas enfermedades genera mucha ansiedad, expectativa e incertidumbre. El educador puede servirles de gran apoyo, pero también puede ser fuente de frustración con o sin intención. La buena relación entre padres y maestros es también aquí de suma importancia. Aquéllos necesitan ver en el maestro una persona que comparte sus intereses en relación al progreso y futuro del niño con un trastorno de esta índole.
- Tener reuniones periódicas con los demás maestros o profesionales que trabajan con el alumno para evaluar el nivel de progreso logrado, así como las dificultades que se han ido presentando, y así ir haciendo cambios necesarios para lograr los objetivos propuestos.
- Recordar las recomendaciones que se han dado para el manejo de los problemas de conducta ya que se pueden aplicar muchas de ellas a los niños con trastornos generalizados del desarrollo con comportamiento perturbador.
- Asistir siempre que se pueda a seminarios, conferencias o congresos científicos donde se actualicen los conocimientos sobre estas patologías.

VII

TRASTORNOS DEL HABLA Y EL LENGUAJE

Los trastornos del desarrollo del lenguaje están muy relacionados con dificultades de rendimiento escolar, con trastornos emocionales y sociales, y se dan en aproximadamente un 6 a 15% de la población infantil y juvenil, por lo que deben ser conocidos por los educadores. Incluiremos en este capítulo:

• Los trastornos del lenguaje expresivo,
• Los trastornos del lenguaje receptivo.

• Los trastornos de la pronunciación.
• La afasia adquirida con epilepsia.
• La tartamudez.

•-TRASTORNOS DEL LENGUAJE EXPRESIVO

También conocidos como afasia o disfasia del desarrollo, se refieren a un retraso en la adquisición de la comunicación verbal que puede acompañarse de dificultades en la pronunciación aunque no siempre. La capacidad de comprender el lenguaje se mantiene normal o está levemente disminuida. La producción de palabras en los dos primeros años de la vida es muy escasa o nula, e igualmente la formación de frases a edades en las que ya suelen aparecer normalmente, esto es, entre el tercero y el cuarto años.

Cuando el lenguaje va desarrollándose, se dan deficiencias en el uso adecuado de las palabras, la semántica y la sintaxis, omisión de elementos gramaticales. Los niños con retraso en el lenguaje recurren a menudo a la comunicación por señas, gestos o mímica para darse a entender. El tiempo que les toma superar el retraso varía ampliamente dependiendo de la gravedad del mismo, del nivel de inteligencia del niño y de la estimulación que reciba. Cuando el lenguaje insuficiente e inadecuado se prolonga más allá de los 6 o 7 años, es más probable que haya secuelas importantes en la vida del niño como disminución de su capacidad cognitiva, problemas emocionales como timidez, mutismo selectivo, y dificultades de interacción social. En la edad preescolar, los niños con escaso o pobre lenguaje tienden a ser más inquietos y temperamentales; su dificultad para comunicarse los torna a menudo irritables. Al iniciar la etapa de educación preescolar, tienen problemas para comunicarse con sus compañeros, lo que les hace más difícil la integración. En el primer grado, la lectura y la escritura también se pueden ver afectadas.

•-TRASTORNOS DEL LENGUAJE EXPRESIVO-RECEPTIVO

Se les conoce también como sordera verbal o afasia del desarrollo de Wernicke y consisten en un retraso de la compresión y expresión del lenguaje hablado muy por debajo de los esperado para la edad y para el nivel de inteligencia no verbal. Es de naturaleza más grave que el anterior y sus consecuencias emocionales, sociales y del aprendizaje son más frecuentes. Cuando el trastorno mixto receptivo-expresivo es muy marcado, se puede confundir con el autismo infantil, por el aislamiento, la ausencia del lenguaje, la ecolalia que aparece muchas veces, y la imitación de sonidos sin comprenderlos, planteando así un problema diagnóstico en un primer momento. No obstante, la observación por más tiempo del niño demuestra que están más conscientes de su ambiente, tienen más capacidad de relacionarse de participar en actividades de juego que los autistas. Aunque no hablen ni comprendan el lenguaje, desarrollan un lenguaje interior que les permite hacerse entender e ir entendiendo, lo que a un autista típico le cuesta mucho más. Rutter explica la diferencia entre afasia receptiva y autismo así:

a.-el trastorno del lenguaje en el autismo es más severo;
b.-el daño del lenguaje en el autismo es más extenso abarcando más allá del lenguaje hablado incluyendo gestos, lenguaje escrito, secuenciación y abstracción;
c.-el autismo usualmente presenta desviaciones como también retardo en el desarrollo del lenguaje;
d.-el autismo incluye un uso inadecuado tanto del lenguaje hablado como de los gestos, así como disminución de las habilidades en estas áreas.

Estas diferencias, a juicio del mismo autor, sobrepasa las similitudes que pueda haber entre ambos tipos de trastornos.

•-TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACIÓN

Otros nombres de estos trastornos son: dislalia, trastorno del desarrollo de la articulación del lenguaje y lambdacismo. La pronunciación de los fonemas está a un nivel inferior al adecuado a la edad mental de la persona, no existiendo otros problemas del lenguaje como los anteriores. Se dan en estos casos omisiones, sustituciones, adiciones o distorsiones de fonemas: ame por dame, pedo por perro, mengo por vengo, folor por flor, estuata por estatua, etc. Es el más leve de los trastornos específicos del lenguaje ya que la mayoría de los niños los superan, y si queda todavía en el adolescente y el adulto algún defecto de pronunciación, como la dificultad para la doble r, no suele causar menoscabo importante en la vida social o laboral de la persona. Sin embargo, en algunos niños el habla puede ser ininteligible en los primeros años lo que les dificulta mucho su relación y el aprendizaje.

•-LA TARTAMUDEZ

La tartamudez o espasmofemia afecta aproximadamente un 2 a 4% de los niños y es causa de problemas emocionales y sociales importantes. Las personas tartamudas tienen tendencia a la baja autoestima debido al estigma que les resulta tener ese defecto. Generalmente son objeto de burlas y chistes, lo que provoca en ellos inhibición social. Hablar con personas desconocidas, o en público, sostener una conversación telefónica, ir a una entrevista, pedir algo en una tienda o restaurante, son situaciones que el tartamudo trata de evitar porque le causan mucha ansiedad. Existe una tartamudez que suele aparecer entre los 2 y los 5 años que desaparece en pocos meses y por tanto no requiere tratamiento. Pero en otros casos la tartamudez se hace crónica y persiste en un porcentaje pequeño en la vida adulta.

La tartamudez es una alteración de la fluidez normal del habla con repeticiones de sonidos o palabras, bloqueos o pausas, interjecciones, fragmentación y sustitución de palabras. Es común que en casos muy acentuados, aparezcan movimientos faciales y a veces de todo el cuerpo que revelan la tensión que se produce al tratar de hablar. Por supuesto que se trata de un trastorno involuntario que debe ser tratado y que requiere fuerza de voluntad para superarlo.

Entre las posibles causas de los trastornos del lenguaje están:

- Pobreza de estimulación verbal en los primeros meses de la vida.
- Pérdidas auditivas tempranas.
- Factores genéticos.
- Lesiones neurológicas (especialmente en el hemisferio izquierdo del cerebro). Esto es más frecuente en la afasia receptiva-expresiva y en algunos casos de tartamudez.
- Aprendizaje de defectos de expresión en el ambiente inmediato (familia, parvulario).

Todos los niños que tienen defectos en el desarrollo del lenguaje deben ser evaluados en sus diferentes capacidades: intelectual, psico-motora, sensoperceptual, aprendizaje. También se debe hacer un examen psicológico para detectar problemas emocionales o sociales; el examen por el neurólogo, el foniatra o fonoaudiólogo. El tratamiento es fundamentalmente logopédico, añadiendo el psicológico cuando existan alteraciones emocionales.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Si tiene un alumno con problemas de desarrollo del lenguaje o el habla, preocuparse por conocer el estado de madurez de las demás funciones psicológicas y de sus habilidades de aprendizaje y sociales.
- Si el alumno no recibe atención profesional, sugerir a los padres que sea visto por un especialista en lenguaje para que indique el tratamiento a seguir.
- Tener contacto con el especialista tratante para que aconseje como ayudar al niño en la escuela.
- Ante un niño que exhibe conductas de aislamiento y no tiene lenguaje, no adelantarse a sugerir la posibilidad de que sea autista pues puede tratarse de una afasia receptiva-expresiva.
- Al niño con defectos de lenguaje expresivo, dislalias o tartamudez, no ponerlo en situaciones que le generan estrés, especialmente cuando ya están conscientes de su problema. Se debe esperar a que el tratamiento vaya dando resultados para progresivamente ir acostumbrando al niño a esas experiencias.
- Si se debe corregir el habla de un niño, hay que hacerlo en forma discreta y no humillante.
- Si un niño tartamudea, no se le debe apurar para que termine de hablar, ya sea verbalmente o con gestos. Hay que dejar que finalice no importa lo que demore, y adoptar una actitud serena para no causarle más ansiedad, la que a su vez agrava la tartamudez y la inhibición social del niño.
- No permitir al grupo de la clase chistes o burlas sobre el modo de hablar de algún compañero.
- En caso de que el problema de lenguaje esté ocasionando dificultades del aprendizaje, coordinar con los padres del niño y el fonoaudiólogo, la ayuda necesaria en este sentido.
- Si se presentan problemas emocionales o de integración, solicitar la intervención del psicólogo escolar, y éste determinará si debe ser tratado por otro profesional de la salud mental infantil fuera de la escuela.

VIII

LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Estar afectado por un retardo de las capacidades intelectuales y adaptativas en el mundo actual supone una incapacidad mucho mayor que lo que podría haber sido en épocas de la humanidad cuando la vida era más simple. La complejidad de la vida moderna con mayores exigencias económicas, académicas y laborales, hace resaltar más la condición de desventaja de estas personas. No obstante, la atención médica, psicológica y educativa que se les brinda hoy especialmente en países con un cierto nivel de desarrollo, ha sido un avance de los últimos cincuenta años. Este progreso en la atención y tratamiento de las personas retardadas no está, sin embargo, al mismo nivel en cada uno de los países variando mucho en cantidad de centros, programas y profesionales dedicados a ese fin en términos proporcionales a cada población.

En nuestro país queda aún mucho por hacer en esta área de trabajo a pesar de los esfuerzos que se han hecho en las últimas décadas con el Instituto Panameño de Habilitación Especial, el Centro de Rehabilitación de Impedidos, y las clínicas de Psiquiatría Infantil y de Pediatría, así como los programas de integración que se implementan en las escuelas oficiales y algunas privadas. Más adelante tendremos oportunidad de indicar qué más debemos hacer en este campo de la discapacidad intelectual en Panamá para poder ofrecer una mejor calidad de vida a quienes lo padecen.

La CIE-10 define la discapacidad intelectual todavía como retardo mental y dice que es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. Es importante incluir dos aspectos a la hora de hacer el diagnóstico: el nivel de inteligencia y la capacidad adaptativa de la persona a su medio (habilidades comunicativas, de aprendizaje, de la vida diaria, sociales). No se debe hacer el diagnóstico en base a uno solo de los dos criterios.

Desde el punto de vista clínica, la discapacidad intelectual es un término muy amplio e inespecífico, ya que cada persona con esa condición tiene características diferentes y diversas, además de que las causas son también múltiples. Pero incluso en algunas de ellas que tienen una misma causa como la trisomía 21 por ejemplo, hay muchas diferencias individuales de temperamento, capacidad intelectual, de aprendizaje, de lenguaje, de crianza y de patologías médicas o psiquiátricas asociadas. También en una misma persona, esas áreas pueden tener niveles distintos de funcionamiento, estando unas más atrasadas que otras, y en casos muy excepcionales, se dan capacidades extraordinarias que contrastan con el estado global de retraso siendo el caso de los llamados idiotas genios que muestran habilidades fuera de lo común para la música, el dibujo, la memoria y otras.

En términos generales, hay disminución de la inteligencia, dificultad para expresar afectos, deficiencias en la comunicación verbal, trastornos de la motricidad, poca tolerancia a la frustración, dificultad para comprender las necesidades y estados de ánimo de los demás, escasa o nula capacidad de reflexión, detención en etapas de pensamiento concreto, atención lábil y aprendizaje académico lento y limitado. Estas características varían en intensidad desde muy graves hasta leves dando así lugar a la división acostumbrada de:

- Retardo mental leve.
- Retardo mental moderado.
- Retardo mental grave y profundo

En esta obra utilizaremos el término discapacidad intelectual para sustituir la denominación tradicional.

• DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE

Este nivel de retardo corresponde a individuos cuyo cociente intelectual está entre 50-55 a 69 con las pruebas psicométricas estandarizadas. Su nivel de adaptación es mejor y con el tiempo puede progresar de manera que la persona logra una vida comunitaria y laboral aceptable y productiva dentro de los límites que le imponen sus capacidades. Generalmente son capaces de terminar la educación escolar hasta un 6º grado, muchas veces con ayuda especial. En este nivel están más del 75% de las personas con retardo. No es raro ver que estos pacientes tienen otros hermanos y padres que funcionan a este nivel de retardo leve, lo que estaría indicando un factor genético hereditario y/o un factor social (pobreza, poca estimulación intelectual) como agentes etiológicos. Con frecuencia tienen dificultades con la disciplina en el hogar y en la escuela por su pobre capacidad de reflexión y de control de impulsos. Tienen

inclinación a relacionarse con niños menores en parte por su propia inmadurez y en parte por el rechazo y hostigamiento de los de su edad. Pueden aprender un oficio práctico en aprendizajes cortos de 2 o 3 años de duración. En la adolescencia y en la adultez pueden ser fácilmente captados por pandillas y grupos consumidores de drogas cayendo así en la delincuencia, especialmente los que no lograron aprender un oficio y ganarse la vida a través de él, lo que sucede más en los retardados leves pertenecientes a clases sociales en desventaja.

•-DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA

Este nivel equivale a la imbecilidad con un C.I. entre 35 y 49. Es el momento aquí de advertir que estas divisiones en base al cociente de inteligencia no se deben tomar literalmente, ya que como es lógico pensar, puede haber más similitud entre una retardado leve con un C.I. de 52 con uno moderado con C.I. de 48, que entre el primero y otro leve con C.I. cercano al 70. Son clasificaciones basadas en la intensidad del retardo y estableciendo límites algo arbitrarios a los que se ha llegado por consenso internacional. Estos límites no pueden ser nunca exactos debido en buena medida a lo que ya mencionamos de las diferencias individuales.

Los niños con retardo moderado tienen habilidades lingüísticas mucho más inmaduras y deficientes, tanto a nivel comprensivo como expresivo, y su aprendizaje escolar apenas supera un conocimiento muy básico de la lectura y la escritura pero con mucho esfuerzo, tiempo, y por supuesto, ayuda especializada. Su aprendizaje de habilidades domésticas, de auto cuidado y desenvolvimiento en su comunidad es mejor, aunque no están capacitados para llevar una vida independiente. Se les puede adiestrar en una actividad práctica muy simple como ordenar cosas, colocar sellos, poner tapas, etc. Si acostumbran a pasar algún tiempo fuera de sus casas y viven en comunidades pobres, son también presa fácil de personas mal intencionadas o de pandilleros.

•-DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE Y PROFUNDA

Los niveles de estas categorías se inician por debajo de un C.I. de 35 en el primer caso y de 20 en el segundo. A este último corresponde el término tradicional de idiocia. Aunque las clasificaciones utilizadas actualmente separan ambos tipos de retardo, aquí preferimos unirlos ya que son más las semejanzas que las diferencias. Las personas en ambos grupos no logran aprender a leer ni escribir, no son adiestrables para oficios sencillos y requieren vivir siempre bajo tutela en ambientes estructurados. Suelen tener trastornos neurológicos y déficit motores importantes; es más frecuente la epilepsia y las alteraciones visuales o auditivas. En los casos más graves puede haber confinamiento en cama o en silla de ruedas. El comportamiento con rasgos autistas es más común en estos niveles de discapacidad. Debido a las patologías orgánicas tienen una expectativa de vida más corta. Con las pruebas estandarizadas no se puede obtener siempre un C.I. debido a las grandes limitaciones de comprensión y expresión verbal, sobre todo en los profundos, lo que obliga a establecer resultados aproximados y utilizar escalas de desarrollo más que de inteligencia.

Estos casos graves y profundos no son atendidos por los maestros de escuela sino por fisiatras, terapeutas ocupacionales y enfermeras especializadas, por lo que las recomendaciones que se darán posteriormente no se relacionan con ellos.

•-LAS CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En principio, todo aquello que impida el normal desarrollo del cerebro o le produzca lesiones, puede causar este tipo de condiciones. Damos a continuación una lista general de factores implicados.

- Alteraciones genéticas hereditarias o no.
- Infecciones del sistema nervioso central en épocas tempranas de la vida.
- Lesiones cerebrales por traumas (accidentes, maltrato).
- Falta de oxigenación cerebral por hipoxia perinatal (durante la labor de parto y unos minutos después).
- Daño cerebral por tóxicos durante la gestación o en la lactancia (alcohol, drogas, metales).
- Malnutrición intrauterina o en los primeros años de la vida.
- Acción perniciosa de fármacos durante la gestación.
- Radiaciones en etapa prenatal.
- Malformaciones del cerebro.
- Carencia de estímulos en la infancia.

Las patologías más comúnmente asociadas a discapacidad intelectual de moderada a profunda se pueden clasificar como exponemos a continuación siguiendo básicamente la lista del Tratado de Pediatría de Nelson.

I.-Prenatales:

- Trastornos de causa genética como los errores innatos del metabolismo (fenilcetonuria, galactosemia, enfermedad de la orina en jarabe de arce); enfermedades desmielinizantes del cerebro; anomalías craneales como microcefalia, craneosinostosis o cierre prematuro de las uniones de los huesos del cráneo, hidrocefalia congénita; alteraciones de los cromosomas como la trisomía 21 o síndrome de Down, el síndrome del cromosoma X frágil, síndrome de Klinefelter, trisomía 18, síndrome del maullido de gato, etc.; esclerodermosis congénitas como esclerosis tuberosa, neuro-fibromatosis y angiomatosis.
- Infecciones maternas y fetales como la sífilis, rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus.
- Irradiación fetal.
- Ictericia nuclear o querníctero.
- Cretinismo o hipotiroidismo congénito.
- Toxemia gravídica.
- Malnutrición fetal.
- Anomalías placentarias.
- Medicación materna.
- Tóxicos como el alcohol, las drogas y plomo.

II. Natales (al momento de nacer o poco después):

- Lesiones cerebrales.
- Infecciones.
- Hemorragias cerebrales.
- Hipoxia o falta de oxigenación cerebral.

- Hipoglucemia o descenso del nivel de glicemia en el neonato.

III. Postnatales (primeros meses de la vida):

- Infecciones cerebrales como meningitis, encefalitis, abscesos.
- Traumas cerebrales.
- Intoxicación por plomo, mercurio, óxido de carbono y otras.
- Accidentes vasculares, oclusiones y hemorragias por defectos congénitos.
- Encefalopatía por vacunas: tosferina, triple vacuna.

Los casos graves y profundos tienen siempre asociada alguna patología orgánica que se puede detectar en épocas tempranas de la vida y que explican el retardo. En los casos de retardo moderado y en los leves también puede haber evidencias de alguna de estas enfermedades, más en el primero y mucho menos en el segundo. Las causas de tipo ambiental como la falta de nutrición suficiente, la carencia de estímulos o de escolarización y la transmisión familiar genética son causas más relacionadas con el retardo leve.

Más del 50% de las personas con limitaciones intelectuales sufren también de alguna otra patología psiquiátrica o trastorno del comportamiento como hiperactividad, trastornos de ansiedad, fobias, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, conducta violenta, autismo, depresiones y reacciones psicóticas en la adolescencia, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno del control de los esfínteres, etc. En realidad, pueden presentar cualquier trastorno psiquiátrico pero los anteriores son los más comunes. La incidencia de otras patologías psiquiátricas en los retardados es mayor que en la población no retardada, lo que es favorecido por sus limitaciones cognoscitivas, emocionales y sociales, además de las enfermedades neurológicas. Hay que resaltar el impacto que tiene en la familia la existencia de una persona retardada: exige mayores cuidados médicos y psicológicos, educación especializada; causa frustración en padres y hermanos; se sufre por el rechazo de otros familiares o vecinos hacia el niño retardado; obliga a mostrar mayor tolerancia y paciencia en su crianza y la incertidumbre sobre el futuro del hijo o hermano retardado.

•-DIAGNÓSTICO

El diagnóstico debe hacerse lo más temprano posible para poder implementar medidas de tratamiento que permitan alcanzar un mejor nivel de desarrollo mental y social. Que un niño con retardo llegue a la edad escolar sin haber sido diagnosticado no tiene justificación cuando se vive en lugares donde hay médicos y centros de salud. Todos los médicos y las enfermeras que trabajan en los centros de atención primaria deben tener los conocimientos necesarios que les permita sospechar cuando están delante de un niño con retardo, especialmente en casos de retardo leve o moderado que son los que más escapan del diagnóstico en los primeros años.

Si el pediatra -o el médico general o familiar- sospecha de que algún paciente padece limitaciones de índole intelectual, debe referirlo a una serie de evaluaciones después de haber hecho una historia clínica completa que incluya datos sobre el período gestacional, perinatal, desarrollo en los primeros meses y años de la vida, enfermedades padecidas, desempeño escolar y antecedentes patológicos familiares. Las referencias acompañadas de la información recogida que se considere relevante y de los exámenes básicos de laboratorio como el hemograma, urinálisis, química sanguínea y hormonas relacionadas con el tiroides, deben hacerse a especialistas pediátricos como el neurólogo, el psiquiatra, el genetista, el oftalmólogo y el otorrinolaringólogo. Otros especialistas intervendrán si se necesitan en casos específicos y consultados por los anteriores. La evaluación por parte del psicólogo determinará el cociente

intelectual del paciente y la adaptación lograda en su hogar, escuela y comunidad. El trabajador social investigará las condiciones de vida del paciente lo más ampliamente posible. El diagnóstico no debe hacerse en una primera impresión hasta no tener el estudio psicológico y psiquiátrico completo. Las evaluaciones de los demás especialistas darán información sobre las posibles causas orgánicas o de otras patologías asociadas, y permitirán descartar otras que pueden impedir la normal adaptación del niño sin tener retardo mental, como las pérdidas auditivas o visuales. A ser posible a la hora de dar a los familiares el diagnóstico con toda la información obtenida, debe hacerse una reunión con los profesionales que estudiaron el caso para unificar criterios y encargar a uno de ellos para que notifique a la familia.

Esto generalmente no se acostumbra en nuestro medio debido a que estos profesionales están en lugares distintos y también hay que decirlo, porque no se le da la importancia debida a un acto tan significativo en la vida de una familia como afirmarle o descartarle que uno de sus niños sea retardado.

Si se confirma que un paciente está en desventaja intelectual, la información se debe dar de la manera menos traumática posible, evitando comentarios negativos y pesimistas. No se debe confundir realidad con crudeza. Además, estos niños, a menos que tengan un daño cerebral muy grave, siempre pueden sorprendernos con aprendizajes o habilidades que en un inicio no sospechamos. Es necesario establecer empatía con el niño y la familia, orientar sobre los tratamientos necesarios, coordinar los mismos con los demás profesionales y no apresurarse a dar pronósticos a largo plazo. Tampoco se debe pecar de exagerado optimismo creando en los padres expectativas falsas. En pocas palabras, se debe ser humano, claro, cauto y esperanzador, incluso en los casos más graves.

•-TRATAMIENTO

La evaluación del paciente con retardo mental es la base para determinar los tratamientos a seguir. Naturalmente, hay que tratar las enfermedades que causen o acompañen el retardo como la epilepsia, el hipotiroidismo, la fenilcetonuria, la desnutrición, las secuelas neuro musculares y ortopédicas de la parálisis cerebral si se ha producida ésta por un daño neurológico perinatal y otras. Igualmente se hará con los trastornos mentales y del comportamiento que puedan irse presentando en la vida del paciente y los problemas de índole familiar que se relacionen de alguna manera con ellos. Los padres deben recibir orientación suficiente y adecuada sobre la educación y disciplina del niño retardado a medida que va creciendo. Casi todos los niños con retardo necesitarán tratamiento logopédico, educación escolar especializada, y en los casos moderados y graves entrenamiento en habilidades básicas. En la adolescencia, los retardados leves y los moderados deberán recibir entrenamiento laboral para desempeñar labores al alcance de sus capacidades. El uso de psicofármacos, igual que en los trastornos generalizados del desarrollo, dependerá de los trastornos psiquiátricos que presenten.

Las personas retardadas no pidieron serlo y hasta cierto punto la sociedad tiene parte de la responsabilidad si pensamos en posibles causas de retardo como la pobreza, con sus consecuencias como la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas, la insuficiencia de los programas de prevención por falta de inversión en ellos (incluyo aquí la estimulación precoz), y en muchos casos la falta de recursos médicos, especialmente para atender adecuadamente los embarazos y partos como en las áreas rurales. Pero a pesar de eso, la atención y el apoyo que se da a las personas con retardo una vez que pasan de la edad escolar y de entrenamiento laboral es muy escasa. No hay seguros adecuados para ellos, ni suficientes puestos de trabajo, instituciones o personal preparado para darle atención a sus necesidades. El tratamiento no debe limitarse a la parte médica o educativa básica, sino que debe prolongarse a

lo largo de la vida de estas personas, lo que corresponde al Estado con ayuda de otras entidades privadas, ya que una vez que llegan a la vida adulta sus dificultades se acrecientan.

Se debe diseñar y desarrollar un plan que intente dar respuesta a las necesidades de las personas en desventaja intelectual a nivel nacional. Este plan tiene que empezar con un estudio de incidencia y prevalencia, así como de las causas que se pueden prevenir, para pasar a determinar de cantidad de profesionales y de centros educativos, de habilitación, rehabilitación y puestos de trabajo que se requerirían a medio y largo plazo. También debemos insistir más en las campañas de prevención a todos los niveles de la sociedad (escuelas, universidades, centros de trabajo, centros comunitarios y medios de comunicación).

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS
(Referente a discapacidades intelectuales leves y moderadas incluidos en escuelas regulares)

- Conocer el perfil psicológico del niño con retardo para poder planificar mejor un currículo personalizado en coordinación con el gabinete psicopedagógico y, si lo hay, con el especialista en educación especial. Esto supone estar informado sobre las diferentes capacidades y habilidades del niño, sus debilidades y sus áreas fuertes.
- Establecer objetivos y metas razonables, adecuadas. No exigir más de lo que es capaz a su edad, nivel intelectual y de aprendizaje.
- Orientar bien a los padres, desde un principio, en relación a lo que la escuela puede brindar a estos niños y no crear falsas expectativas.
- Estructurar adecuadamente cada tarea de manera que se le facilite el aprendizaje correcto.
- No pretender que el estudiante con algún trastorno de este tipo funcione en un ambiente académico competitivo, o que se desempeñe al mismo ritmo y progreso que los demás.
- Estimular positivamente los logros del niño por pequeños que puedan parecer.
- No someterlo a exigencias que lo hagan fallar constantemente.
- No permitir que el niño se margine: mantenerlo activo
- No utilizar calificativos como lento, débil mental o incluso retardado cuando se refiera a él hablando con sus padres, delante de otras personas, o con él o ella.
- Tener en consideración que si presenta deficiencias motrices, tendrá dificultad con materias como el dibujo, pintar, manualidades y educación física, por lo que se le tendrá que tomar en cuenta más la actitud y la disposición que la calidad de su trabajo.
- Tener también en consideración que son niños más propensos a la frustración y a las crisis emocionales, por lo que necesitarán más apoyo psicológico y tolerancia.
- Ejercer la disciplina con firmeza afectuosa, sin adoptar actitudes autoritarias que deterioren la relación con el alumno retardado y provoquen en él rechazo al trabajo escolar.
- Si tiene problemas de lenguaje expresivo, no lo someta a situaciones en la que pueda ser objeto de burla, como hablar delante del grupo, decir una poesía o cantar.
- No dar a los padres la impresión de que no hay interés por ayudar al niño, o de que no se espera mucho de él. Transmita esperanzas, optimismo y confianza. Enfatice a los padres los aspectos positivos del niño.
- Si el niño con retardo está tomando algún tipo de medicación, debe saberlo para estar pendiente de sus posibles efectos secundarios, y de la dosis y las horas en que debe tomarla.
- Si el estudiante padece además de convulsiones epilépticas, se debe recibir orientación de parte de su neurólogo sobre la forma de actuar si se presentan en la escuela.
- Saber si padece algún grado de pérdida auditiva para hablarle en el tono de voz apropiado para que oiga y mirarlo de frente.

- También se debe conocer si presenta algún grado de pérdida visual para facilitarle la lectura del tablero ubicándolo cerca del mismo, además de preocuparse de verificar, en caso de que ya está usando anteojos, si está viendo bien con ellos.
- Ayudarlo a integrarse a las actividades sociales y de juego del grupo.
- Tener reuniones periódicas con los demás maestros o profesionales que trabajan con el alumno para evaluar el nivel de progreso logrado, así como las dificultades que se han ido presentando, y así ir haciendo cambios necesarios para lograr los objetivos propuestos.
- Asistir siempre que se pueda a seminarios, conferencias o congresos científicos donde se actualicen los conocimientos sobre educación de niños con barreras cognitivas para el aprendizaje.

IX

LOS TICS Y EL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Los tics son movimientos repetidos, involuntarios, breves y sin ritmo, casi siempre sin un propósito, circunscritos a un grupo muscular (tics motores) pero pudiendo cambiar a otros. Pueden también darse en forma de sonidos o ruidos (tics vocales). Se inician generalmente en la niñez o la adolescencia con predominio en varones y pueden ser simples o complejos. Ejemplos de los primeros son: parpadeo, muecas, encogimiento de hombros, movimiento espasmódico de la cabeza, sonidos en forma de quejidos o carraspeos. Tipos de tics complejos son saltos, golpearse, decir obscenas(coprolalia), repetición de sonidos o palabras palilalia). Pueden ser de muy leves a muy graves como sucede en algunos casos del síndrome de Gilles de la Tourette. Aunque son involuntarios, la persona puede reprimirlos por breves períodos de tiempo. Desaparecen durante el sueño y se exacerban en momentos de estrés o de excitación.

•-CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE TICS

Se clasifican en tres tipos:
• Trastorno de tics simples transitorios.
• Trastorno de tics motoras o vocales crónicos.
• Síndrome de Gilles de la Tourette.

Cuando los tics alcanzan un nivel de intensidad moderado a grave producen malestar en la persona e interfieren con su vida escolar, provocando burlas de parte de los compañeros, y a veces incluso de los docentes. Otras veces, éstos piensan que el estudiante está haciendo los movimientos voluntariamente como una forma de juego y le llaman la atención o lo castigan. Los jóvenes que padecen tics suelen ser personas ansiosas y con tendencia a rasgos obsesivo-compulsivos.

Los tics simples transitorios, motores o vocales, que suelen iniciarse después de los 4 ó 5 años de edad, afectan a un 10 ó 12% de niños y por lo general son de carácter leve a moderado. Se les denomina transitorios porque no duran más de un año, aunque a veces aparecen nuevamente en otros períodos de la niñez o la adolescencia. El más frecuente de todos es el parpadeo o guiño de los ojos.

Los tics motores o vocales crónicos se diferencian de los anteriores en la duración mayor del año sin períodos libres de síntomas de más de tres meses. Se presenta uno de los dos tipos de tics pero no los dos.

El síndrome de Gilles de la Tourette lleva el nombre del médico francés que lo describió a finales del siglo 19. Se diagnostica cuando los tics son motores y vocales, variados y crónicos. Esta es una enfermedad que persiste por toda la vida de la persona con períodos de mejoría y de empeoramiento. La adolescencia es la etapa en la que suelen darse más exacerbaciones. Los tics también están muy influidos por la ansiedad y otros factores como la falta de sueño y el cansancio, exceso de estímulos y agitación. Aparecen diferentes tipos de tics motores y vocales que se van reemplazando en diferentes momentos. Los tics motores empiezan habitualmente por la cabeza y continúan apareciendo en forma descendente (tronco, brazos, piernas). La coprolalia es más frecuente llegando hasta un 40 ó 60% de los casos. Se dan también gestos impulsivos groseros u obscenos (copropraxia), balanceos espasmódicos de todo el cuerpo, autoagresiones y tics vocales como toser, carraspear, silbar, emisión de sílabas, de palabras o frases complejas. Un porcentaje importante de personas con Gilles de la Tourette presentan en la adolescencia o la vida adulta trastorno obsesivo-compulsivo, estados de ansiedad, depresiones o trastornos de personalidad. En la niñez y la adolescencia muestran con frecuencia síntomas de hiperactividad con déficit de atención. Los trastornos del aprendizaje también alcanzan en ellos una frecuencia más elevada. Los tics en esta enfermedad cuando llegan a ser muy intensos y frecuentes pueden incapacitar a la persona para cualquier tipo de actividad escolar, laboral, social o deportiva.

•-CAUSAS DE LOS TICS

Actualmente se sabe que hay factores genéticos implicados en estos trastornos. Se piensa que se debe a un gen autosómico dominante con transmisión familiar. La acción de este gen se traduce por una disfunción de las estructuras cerebrales llamadas ganglios basales. Especialmente en el síndrome de Tourette se han descrito anormalidades anatómicas y desregulaciones en la actividad de algunos neurotransmisores, en especial la dopamina. Existe pues una base genética-neurológica en los trastornos de tics, pero lo neurológico es más notorio en el síndrome de Gilles de la Tourette.

Otra causa de trastornos de tics es una bacteria conocida como estreptococo beta hemolítico tipo A que produce infecciones de las vías respiratorias y otras. Al producirse la infección por esta bacteria el organismo crea anticuerpos que atacan también las neuronas en los ganglios basales. Se produce así una lesión autoinmune que origina los síntomas del Gilles de la Tourette. Se cree que hasta una tercera parte de las personas con este síndrome tienen este proceso autoinmune como causa.

Las situaciones de cualquier tipo que causan estrés no son agentes etiológicos pero sí coadyuvantes en la aparición de los tics. Algunos medicamentos estimulantes como los utilizados en el trastorno hipercinético pueden propiciar la emergencia de tics o de un síndrome de Gilles de la Tourette en personas con predisposición genética.

•-TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE TICS

Cuando los tics son leves y no causan malestar o interferencia en la vida escolar y social del niño no es necesario tratarlos, únicamente orientar a la familia y al paciente sobre la naturaleza transitoria del problema. En caso de tratarse de tics transitorios se debe vigilar por la posible aparición de un trastorno de Gilles de la Tourette que se esté iniciando de esa manera.

Si los tics están generando problemas emocionales, sociales, de aprendizaje o adaptativos en general, se debe entonces proceder a tratarlos. Este tratamiento incluye:

- Un medicamento (se utilizan diferentes en la actualidad).
- Psicoterapia de apoyo al paciente.
- Terapias de relajación.
- Orientación a los familiares y a sus maestros.
- Tratamiento inmunológico y con antibióticos si existe un proceso autoinmune provocado por el estreptococo beta hemolítico tipo A.
- Atención de los trastornos psiquiátricos o de conducta asociados.
- Atención del problema de aprendizaje si lo presenta.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Recordar que los tics son involuntarias y que el niño solamente puede suprimirlos por breves períodos de tiempo.
- Si tiene duda sobre si son tics reales o «mañas» del niño, consulte a los padres de éste o a su médico. No haga juicios al respecto sin antes informarse porque puede reprenderlo o castigarlo injustamente.
- No someta al niño con tics a presiones innecesarias.
- Trate de crearle un ambiente relajante y no tenso. Bríndele apoyo emocional.
- Si lo acaba de conocer, examine más detenidamente sus antecedentes escolares y sus capacidades de aprendizaje.
- No tolere las burlas de los compañeros. Enséñeles a entender el problema de los tics y a ser solidarios con el afectado.
- Permita al niño con tics intensos tener ciertos momentos para relajarse fuera del aula acompañado de un adulto comprensivo y tranquilizador que lo haga practicar algún método de relajación.
- Vigile que cuando juegue o realice alguna actividad física no se excite mucho. Si está llegando a ese punto, hágalo relajarse unos minutos.
- Si tiene dificultades de aprendizaje, debe dársele el apoyo especializado necesario en coordinación con el gabinete psicopedagógico, especialistas en educación especial y los padres.
- Si presenta también síntomas de hiperactividad con déficit de la atención, aplicar las recomendaciones dadas para este trastorno.
- Estar al tanto del efecto de los medicamentos que toma, de su dosis y de las horas en que tiene que tomarlos para dar apoyo en este sentido a los padres y al médico.

X

LAS PSICOSIS INFANTILES Y DEL ADOLESCENTE

Las psicosis son enfermedades cuya característica fundamental es la pérdida del sentido de la realidad; se pierden los límites entre el mundo externo y el yo, y la persona empieza, en forma progresiva o aguda, a mostrar una serie de síntomas que reflejan un estado disociado y desorganizado de la conciencia. Son más frecuentes de la adolescencia tardía en adelante, pero pueden darse también en la niñez y la pubertad. Se producen cambios importantes y dramáticos en el comportamiento, las relaciones sociales, la actividad productiva, el pensamiento y las percepciones de la persona psicótica.

•-TIPOS DE PSICOSIS

Las psicosis se diferencian por sus causas, por su duración y por el tipo de síntomas que predominan.

Por sus causas tenemos:

- Las psicosis orgánicas
- Las psicosis provocadas por tóxicos.
- Las psicosis de causa neurobiológica determinada genéticamente con influencia del ambiente.

Por su duración:

- Las psicosis reactivas breves.
- Las psicosis crónicas.

Por la sintomatología predominante:

- Las esquizofrenias (paranoide, hebefrénica, catatónica y simple).
- Las psicosis maníaco-depresivas.
- Las psicosis esquizoafectivas.

•-SÍNTOMAS DE LAS PSICOSIS

Ningún síntoma de las psicosis es exclusivo de ellas pudiendo presentarse en otras enfermedades psiquiátricas, pero podemos decir que existen algunos que las caracterizan como la distorsión de los procesos del pensamiento y de las percepciones. Como consecuencia de estas alteraciones surgen síntomas como los delirios, las alucinaciones, trastornos del habla y el lenguaje, deterioro de las conductas sociales, personales y emocionales.

Los delirios, que son creencias falsas que el enfermo toma como absolutamente reales, adoptan diferentes modalidades: religiosos, de grandeza, de persecución, de control, transmisión o robo del pensamiento, de contenido sexual o corporal. El individuo cree tener grandes poderes, o estar destinado para grandes misiones políticas, religiosas o sociales; puede creer que es capaz de comunicarse a grandes distancias con otras personas a través del

pensamiento, o que lo invade el pensamiento de otro y lo controla; que lo persiguen para asesinarlo, encarcelarlo o transformarlo en otro ser; que es un personaje importante de la historia, de la actualidad o de una serie de televisión; que está viviendo en otro mundo y los que le rodean no son humanos; que su cuerpo o alguno de sus órganos se han transformado o no existen; que se tiene un embarazo de muchos meses o años, etc. El contenido de los delirios está muy influido también por creencias culturales, religiosas o filosóficas.

Las alucinaciones consisten en percepciones a través de los sentidos sin la existencia real del objeto. La persona está segura de ver, oír o sentir cosas que no existen, ya sea que provenga del exterior o de su interior. No se deben confundir con las ilusiones en las que sí hay un objeto real pero que da una impresión falsa, como al creer ver a través de una ventana la sombra de un árbol y confundirla con una persona. Las alucinaciones más frecuentes son las de tipo auditivo en las que el enfermo oye voces que le hablan, le conminan a ejecutar determinados actos, a veces muy graves, como asesinar o suicidarse; voces que lo atormentan burlándose de él o culpándolo; ruidos extraños o música; voces que le conversan, etc. El sujeto alucinado de esta manera se nota a veces agitado o asustado, otras veces en actitud de escucha o conversando en voz alta con esas voces o musitando. Las alucinaciones visuales, que se dan más en las psicosis de tipo orgánico y tóxico, se presentan como imágenes de personas, animales o seres fantásticos como extraterrestres, el demonio, ángeles y otros, o en sucesiones rápidas y muy angustiosas de imágenes deformadas y de colores muy vívidos como en las intoxicaciones por algunas drogas.

Otras veces son alucinaciones visuales con temas beatíficos como ver a Dios, a la virgen en caso de enfermos de religión católica, o ver familiares ya fallecidos. Las alucinaciones pueden consistir también en olores (olfativas, sabores extraños (gustativas), sensaciones cutáneas como sentir que lo tocan, lo pinchan, o lo queman; que le caminan bichos por la piel o dentro del cuerpo; que los músculos o los órganos se le deforman, etc.

Los trastornos del comportamiento se caracterizan por conductas raras no habituales en la persona anteriormente, aislamiento, actitud suspicaz o paranoide, descuido del aseo personal, posturas raras a veces por tiempo prolongado como en la esquizofrenia catatónica, alejamiento del domicilio deambulando por las calles durante horas, mirada extraña, irritabilidad o agresividad a veces inmotivada o por motivos leves, vestir en forma extravagante, desnudarse en público, mutilarse o maquillarse en forma exagerada.

EL lenguaje muestra alteraciones como producto del trastorno del pensamiento. Estas alteraciones consisten en lenguaje incoherente con pobreza del contenido, divagación, invención de palabras son sentido (neologismos), lenguaje con exceso de detalles sin importancia, respuestas que no vienen al caso, habla muy rápido o al revés, lenta y entrecortada, perseverancia o repetición de lo que se le dice (ecolalia). Hay pacientes que caen en un mutismo total por días, meses o años.

El trastorno emocional se pone de manifiesto por pobreza o aplanamiento afectivo, gestos o conductas no congruentes con el momento o el tema que se suscita, falta de deseos o de voluntad, incapacidad para trasmitir emociones o para sentirlas, aunque en ocasiones pueden mostrar síntomas depresivos, o como en los episodios maníacos, euforia o exaltación del ánimo.

Finalmente, en el plano social: la disminución parcial o total de la capacidad de estudio o de trabajo, el rechazo al contacto con los demás, la actitud de híper vigilancia de las conductas de quienes le rodean o de vecinos, las conductas violentas o de amenazas, comportamientos antisociales o inaceptables como ir desnudo o semidesnudo por las calles, rebuscar en los botes de basura, y dormir o hacer sus necesidades biológicas en sitios públicos.

Los síntomas de deterioro de la vida personal y social se denominan síntomas negativos, mientras que los relativos al trastorno formal del pensamiento, la conducta extravagante, los delirios y las alucinaciones se denominan síntomas positivos.

Estos síntomas varían de un tipo de psicosis a otros en cuanto a cantidad de ellos, gravedad o duración. En los niños muchos de estos síntomas no se dan aunque el proceso básico consistente en la alteración de las funciones del pensamiento sí está presente. En las etapas precedentes a la aparición del síndrome esquizofrénico en la niñez, es posible ver algunos cambios en el comportamiento como el aislamiento progresivo, la pérdida del interés social, la irritabilidad, las alteraciones del sueño (especialmente insomnio) y disminución del rendimiento escolar. En la adolescencia las psicosis son más parecidas a las del adulto.

TIPOS DE PSICOSIS

••-Psicosis orgánicas

Incluimos aquí aquellas psicosis que son causadas por alguna enfermedad cerebral como la epilepsia, los tumores, las infecciones, malformaciones vasculares, traumas craneales y otras enfermedades metabólicas o endocrinológicas que afectan al cerebro. La CIE- expone como requisitos para su diagnóstico que exista evidencia de una de estas enfermedades, que la psicosis aparezca poco tiempo después del desarrollo de alguna de éstas (días o pocos meses), que el trastorno psiquiátrico mejore o desaparezca cuando cure o mejore la enfermedad orgánica cerebral y que no exista otra causa que pueda explicar la psicopatología del paciente.

••-Psicosis por tóxicos

Se refiere a cuadros psicóticos con alucinaciones, delirio, estupor o agitación psicomotora que aparecen durante o pocas horas después del consumo de sustancias como el alcohol o drogas del tipo de la cocaína, las anfetaminas y otras. Generalmente se resuelven en pocas semanas o meses. No se refiere a casos en los que el consumo del tóxico precipita una psicosis latente o agrava una ya existente, sino a casos en los que la psicosis es generada por un tóxico. Otra modalidad es la del trastorno psicótico inducido por drogas de comienzo tardío y que puede durar más tiempo.

••-Psicosis reactivas o transitorias

Los síntomas de psicosis con delirios, alucinaciones, perplejidad, agitación psicomotora y cambios emocionales y comportamentales muy evidentes son en este tipo de trastornos, una forma de reaccionar a una situación traumática o de estrés agudo. Se inician dentro de los primeros dos días después de algunos de esos eventos y se desarrolla rápidamente en un período de dos semanas, no durando su resolución más allá de tres meses en la mayoría de los casos. Este tipo de psicosis son frecuentes en la niñez y la adolescencia, especialmente en ésta. Constituye el porcentaje más alto de las psicosis atendidas por nuestro equipo de Psiquiatría de Niños y Adolescentes en la sala de internamiento. Las hemos visto en pacientes que han vivido eventos traumáticos como el abuso sexual, agresión con arma por parte de otro menor o una pandilla, un asalto, crisis familiares y experiencias de tipo satánico.

••-Psicosis esquizofrénicas

En las psicosis esquizofrénicas los síntomas descritos, al menos varios de ellos, persisten por más de un mes. Algunos psiquiatras prefieren prolongar el período de evolución de los

síntomas psicóticos a seis meses de manera continuada antes de hacer el diagnóstico de esquizofrenia. En los niños se debe diferenciar la esquizofrenia del autismo infantil. El autismo como tal, o sea, la conducta de recogerse en sí mismo en un mundo propio también se da en la esquizofrenia, pero el autismo infantil precoz o síndrome de Kanner tiene peculiaridades que lo hacen distinto: no cursa con delirios ni alucinaciones, se inicia, o mejor dicho, se manifiesta, en los dos o tres primeros años de la vida, hay menos antecedentes de psicosis en familiares cercanos y tiene un curso diferente aunque no es imposible que algún autista pueda psicotizarse en la adolescencia o la adultez.

La esquizofrenia tiene en su origen una determinación genética como lo comprueban muchos estudios en familiares de esquizofrénicos y de cromosomas. Se han involucrado partes de algunos cromosomas como los que contienen los genes que intervienen en la aparición de la esquizofrenia, y también se ha visto que las personas que tienen uno o dos padres con la enfermedad pueden padecerla con frecuencia de 17 a 46% respectivamente. Por otra parte, se piensa que no es suficiente con la tendencia genética sino que otros factores externos pueden contribuir, en conjunción con aquélla, en la aparición de la enfermedad, como el estrés por problemas familiares o socio-económicos, estilos de crianza patológicos y también situaciones que conllevan a lesiones cerebrales prenatales o perinatales como traumas obstétricos o falta de oxigenación durante el proceso de nacimiento. Hay teorías que sugieren la intervención de algunos virus como causantes de daños cerebrales. En todo caso, aún no se llega a conocer bien la etiología de la esquizofrenia o a tener una teoría que la explique definitivamente. Cualquiera que sea la causa, se atribuye la emergencia de los síntomas a una disfunción cognitiva y/o a una distorsión del procesamiento de señales que llegan al cerebro a través de los sentidos.

Las esquizofrenias evolucionan de manera diferente y hoy, gracias a la disponibilidad de los medicamentos anti psicóticos, se obtiene una mejor calidad de vida para muchos de estos pacientes. Puede haber un curso no continuo, con brotes aislados, o de continuada, con persistencia de algunos síntomas. Puede haber un deterioro de las funciones mentales que no llega a ser progresivo hasta el punto de sufrir una regresión como en las demencias, aunque en la esquizofrenia que se inicia en la niñez y la adolescencia temprana, se produce detención y desviación de los procesos del desarrollo, y un por tanto, un peor pronóstico en cuanto a posibilidad de vida social, laboral y familiar.

Las diversas formas en las que se presentan las esquizofrenias están determinadas por el tipo de síntomas que predomina. Así, en la forma paranoide, predominan las ideas delirantes y las alucinaciones de tipo persecutorio, de daño, de celos y una actitud defensiva o vigilante. A menudo son enfermos irritables y agresivos. El suicidio es más frecuente en este tipo de esquizofrenia. En la forma catatónica se presenta con predominio de síntomas psicomotores que van desde la excitación y agitación motriz hasta los estados estuporosos, posturas raras (catalepsia), rigidez del cuerpo, obediencia automática como un robot y flexibilidad cérea, o sea, mantener el cuerpo o partes de él en la misma forma que otra persona se lo ha colocado. En la esquizofrenia hebefrénica lo más llamativo son los síntomas de tipo emocional como la pobreza y la incongruencia afectivas, la conducta tonta con algunos manierismos, el lenguaje ilógico y la vida solitaria. Es un tipo de esquizofrenia que se inicia en personas jóvenes. La esquizofrenia simple cursa más bien con las alteraciones de la conducta social, los comportamientos extravagantes y desarrollo progresivo de síntomas negativos, sin alucinaciones o delirios.

••-Psicosis maníaco – depresivas o bipolares

Son trastornos que se caracterizan por alteraciones del estado de ánimo con etapas depresivas seguidas, o precedidas, por otras de exaltación o maníacos, con estados normales

entre ellas. Se suelen llamar también trastornos afectivos bipolares. Aunque puede padecerse a cualquier edad, en los niños es menos frecuente que en adolescentes y adultos, además de que en ellos el diagnóstico es más difícil. Síntomas de manía son euforia, pensamiento y lenguaje acelerados con paso rápido de un tema a otro, verborrea, atención lábil, elevación exagerada de la autoestima, menos necesidad de dormir, aumento de la actividad y de la libido, irritabilidad, y muchas veces, aunque no como síntomas predominantes, delirios y alucinaciones. Si los síntomas no alcanzan una intensidad suficiente como para que el paciente sea hospitalizado o para interferir de modo importante en su vida social, académica o laboral, y no hay alucinaciones o delirios, se habla hipomanía. Las crisis maníacas comienzan en forma rápida, abrupta, otras veces precedidas por estados hipomaníacos que los familiares, amigos o profesores no interpretan como anormales.

Los medicamentos actuales acortan el tiempo que pueden durar ya que dejadas sin tratamiento se prolongan por varias semanas o meses. Durante el episodio maníaco el enfermo puede ejecutar acciones peligrosas para él o quienes le rodean, tornarse violento, despilfarrar dinero, acosar sexualmente a otras personas o exhibir conductas seductoras, consumir drogas o alcohol, predicar sobre temas religiosos, o tratar a las personas de autoridad con exceso de confianza o descaro.

Los síntomas de depresión ya los hemos descrito en otra parte, y aquí sólo diremos que en algunos casos graves pueden presentarse también síntomas psicóticos como las ideas delirantes con contenido pesimista o de culpa, y las alucinaciones que casi siempre son auditivas y de tipo recriminatorio o condenatorio. El paciente puede oír una voz que lo acusa o lo amenaza, o que le dice que debe dejar de existir. No todas las depresiones dan paso después a un episodio maníaco o son precedidas por éstos, convirtiendo así al paciente en bipolar. Mientras esto no suceda, el diagnóstico solamente es de depresión y no de psicosis maníaco-depresiva o afectiva bipolar.

En adolescentes estos episodios maníacos y depresivos pueden sucederse en forma muy rápida, en cuestión de días, o incluso de horas. En la mañana el paciente puede estar muy eufórico y en la tarde se muestra triste, con llanto o recluido en su cama.

Durante la niñez la manía puede confundirse con síntomas del trastorno hipercinético con déficit de atención debido a la semejanza de varios de sus síntomas. De hecho se ha demostrado últimamente, que el diagnóstico de manía se hace poco en los niños porque se les diagnostica como hiperactivos. Es por eso que deben ser profesionales expertos en psico-patología infantil quienes realicen estos diagnósticos.

En el trastorno bipolar también se admite una base genética con mayor incidencia de familiares con antecedente de alteraciones del ánimo, depresiones y episodios de manía o bipolaridad. También se ha relacionado con esta enfermedad alteraciones en algunos cromosomas como el X y el 11. Aparte de esta base genética, los estados de tensión emocional pueden actuar precipitando una crisis maníaca o depresiva. Otras enfermedades no psiquiátricas y ciertos medicamentos o sustancias tóxicas pueden causar manía o depresión aunque no se diagnostican en estos casos como enfermedad bipolar.

A largo plazo, los niños y adolescentes que han padecido esta enfermedad pueden tener una evolución bastante buena con una vida social y laboral normal, o una evolución tórpida con recaídas frecuentes y una mejoría solamente parcial con crisis más espaciadas. Consecuencias de una mala evolución pueden ser: suicidio, adicción a drogas, trastornos graves en las relaciones familiares y sociales (divorcios, abandono de hogar, mal uso de bienes, problemas con la ley, abandono de estudios, inestabilidad laboral o dificultad para conseguir empleo).

••-Psicosis esquizoafectivas

En estas psicosis hay presencia simultánea y con igual intensidad de síntomas de esquizofrenia y de trastornos afectivos. Cuando con uno o más síntomas de esquizofrenia se destacan los de tipo maníaco se denomina trastorno esquizoafectivo tipo maníaco, y cuando la combinación de aquellos es con síntomas de depresión, trastorno esquizoafectivo tipo depresivo. Puede darse el caso de que además de los síntomas de esquizofrenia, los de tipo maníaco y depresivo están presentes sin predominio de unos u otros, denominándose entonces trastorno esquizoafectivo mixto.

•-TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS

El tratamiento de las psicosis del niño y del adolescente es multimodal, es decir, incluye el uso de medicación que en estas enfermedades es casi inevitable, orientación familiar, terapia familiar en muchos de los casos, psicoterapias individuales (modificación de conducta, terapia cognitiva en las depresiones), terapias de grupo y hospitalización cuando no se puede realizar el tratamiento ambulatorio por falta de apoyo familiar, poca colaboración del paciente para tomar la medicación, para realizar procedimientos diagnósticos especializados, para vigilar más de cerca los efectos de los medicamentos y cuando su conducta pone en peligro su integridad física o la de los demás. Las actividades de terapia ocupacional, terapias a través del arte y de la música, terapias de rehabilitación social y de educación especializada también son importantes. Los medicamentos que se utilizan son los llamados neurolépticos o anti psicóticos como la clorpromazina, tioridazina, sulpiride, trifluoperazina, haloperidol, olanzapina, risperidona y clozapina. Los antidepresivos como fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, y los denominados estabiliza-dores del ánimo como el litio, el ácido valproico y carbamazepina entre otros.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Estar atento a cambios de conducta, ya sea insidiosos o agudos, en niños o jóvenes con ninguna explicación aparente. Conductas como las que mencionamos al referirnos a las señales iniciales de un proceso psicótico.
- Si se observan estos cambios, pedir al psicólogo escolar que examine al alumno. Si no hay psicólogo en la escuela, comunicarse con los padres y solicitarles que lo lleven a otro profesional de la salud mental que pueda determinar lo que le está sucediendo.
- Cuando un estudiante ha padecido algún tipo de enfermedad neurológica como las mencionadas en las psicosis orgánicas, vigilar por cambios en su conducta o rendimiento.
- Si uno de sus alumnos ha sido hospitalizado por un trastorno psicótico y los padres le han confiado el diagnóstico, mantener absoluta discreción al respecto ya que, lamentablemente, la sociedad actual todavía mantiene el estigma a las enfermedades mentales, especialmente las de tipo psicótico.
- Estar atento a las efectos de las medicinas, y si debe tomar alguna dosis en horas de escuela. Esto también debe ser un acto privado de conocimiento exclusivo del estudiante, el maestro y la dirección de la escuela.
- Estimular la solidaridad de los demás estudiantes para con el joven que ha padecido o padece una enfermedad psicótica. No tolerar que le pongan apodos como «loco», «ñame», etc.

- Brindar asesoría y ayuda especial a los niños psicóticos que están teniendo dificultades de rendimiento. Establecer un plan de enseñanza apropiado a su condición mental actual, lo que puede hacerse en ocasiones por módulos que el estudiante puede desarrollar en gran parte en su casa o en el hospital si su internamiento es prolongado.
- No mostrar temor o rechazo hacia el joven que presenta síntomas de esquizofrenia o de manía. Tampoco involucrarse con sus ideas delirantes o en su estado de humor exaltado. Hay que presentarle una imagen serena, de confianza y afecto, pero con límites claros y firmes si es necesario. No utilizar gestos o lenguaje agresivos. Si el enfermo se pone violento, enviar a otro alumno a pedir ayuda a otros docentes para separarlo del aula lo más pronto posible.
- Si el joven enfermo no puede acudir a clases y están bajo tratamiento en el hospital o en su casa, comunicarse con su médico psiquiatra para saber cuando se le puede visitar. Si se le hace una visita, no hablar con él o ella sobre su enfermedad ni darle consejos en este sentido. Se le visita para darle apoyo, llevarle saludos de sus compañeros y demás maestros, y entregarle tareas si ya está en capacidad de hacer algunas. Estas visitas no deben ser prolongadas.
- Si existe un ambiente de hostilidad hacia el alumno enfermo de parte de los compañeros que haya influido en el inicio de la enfermedad y esa situación no pareciera que va a cambiar, es necesario que se tomen medidas como cambiarlo de aula o, como último recurso, sugerir transferirlo a una escuela más pequeña donde pueda encontrar un clima tranquilo y una atención más personal.
- Vigilar la conducta del niño con esquizofrenia o manía durante los períodos de recreos por la posibilidad de que se aleje de la escuela, cometa acciones peligrosas o cause otros problemas.

XI

LA ADOLESCENTE CON ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA

La anorexia nerviosa es una patología psiquiátrica que puede llevar a la muerte en un 8 a 18% de las pacientes. Es más frecuente en mujeres jóvenes, iniciándose casi siempre en los años de la adolescencia, y en mucho menor proporción entre los 8 y los 12 años. Es rara en varones aunque algunos pueden padecerla. Es de difícil tratamiento pudiendo demorar años en curarse. Siempre hay la posibilidad de recaídas en las adultas. Es una enfermedad que genera mucha angustia y desesperación en los padres de las pacientes quienes las ven adelgazarse progresivamente llegando muchas ha estados de desnutrición muy graves. La bulimia está muy relacionada con la anorexia y generalmente es una consecuencia de ella. Las pacientes bulímicas se atragantan de alimentos para después vomitarlos o purgarse. La finalidad en ambos casos es evitar aumentar de peso. En la anorexia no se trata en realidad de una pérdida del apetito, sino de evitar la comida aunque se tenga hambre.

•-SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia se inicia en algún momento de la vida de una niña o adolescente cuando la idea de estar gorda o de la posibilidad de llegar a estarlo, hace que inicie una dieta estricta hipocalórica. Puede ser un comentario de alguna amiga o amigo, un vestido que le queda algo apretado, ver a la madre engordar por un embarazo o por tener tendencia a la obesidad, o el consejo de bajar algunos kilos de parte de una entrenadora de ballet o de modelaje, lo que precipite la necesidad imperiosa de bajar de peso. El deseo de no engordar se convierte en un temor intenso, fóbico, que controla toda la vida de la persona. Incluso no estando en sobrepeso, las pacientes anoréxicas creen que deben seguir adelgazando. Las dietas las empiezan de *motu propio*, sin ninguna supervisión de especialistas en nutrición y limitando la ingesta de alimentos a cantidades exiguas una o dos veces al día. Una vez que los padres se dan cuenta de esta situación y de que la paciente está perdiendo peso, la empiezan a presionar para que coma más y mejor, lo que trae como consecuencia conflictos entre ellos y un estado de tensión permanente. La anoréxica que ya se sabe vigilada en cuanto a su hábito alimenticio, recurre a engaños como esconder la comida, dársela a los animales, tirarla a la basura o a la taza del servicio, o regalarla en caso de que se trate de la merienda escolar. Si se le deja a su voluntad, las cantidades mínimas y muy seleccionadas que se sirve de alimentos, los corta en trocitos más pequeños y los va masticando muy lentamente.

Generalmente evita totalmente los alimentos que piensa que la pueden engordar como el arroz, el pan, las carnes, las pastas y los dulces, sirviéndose más que todo vegetales y frutas. La disminución del peso corporal puede llegar en pocos meses a niveles muy preocupantes con signos físicos de evidente desnutrición: las costillas, la clavícula y otras partes óseas se hacen prominentes a través de la piel, ésta se torna seca y fría, el cabello se hace ralo y puede empezar a caerse y cuando la pérdida de grasa corporal avanza más (a veces antes), la menstruación no llega (amenorrea). A pesar de este estado de emaciación, la anoréxica mantiene su actividad física y mental normal, aunque cuando la pérdida de peso llega a grados muy graves, aparece el cansancio físico. No es raro que además de la dieta y de las artimañas para no ingerir los alimentos, decidan hacer ejercicios físicos que prolongan por varias horas, especialmente de tipo aeróbico.

Aún en estado de desnutrición evidente, las pacientes anoréxica no aceptan estar enfermas y justifican sus esfuerzos por estar delgadas. Por lo general no quieren ser atendidas por médicos o psicólogos a los que acuden obligadas por sus familiares. En las consultas con los profesionales, no se muestran muy colaboradoras y suelen mentir alegando que ya están comiendo más y que dejaron de hacer trampas con las comidas, lo cual es negado por los padres. En el mejor de los casos, acceden a aumentar ligeramente la cantidad de alimentos en sus comidas pero en forma muy lenta.

Socialmente, estas enfermas evitan situaciones en las que tienen que ser vistas con poca ropa, excepto que sean bailarinas o modelos, como las playas o las piscinas para que no se note su delgadez. Si salen con amistades a fiestas o restaurantes llaman la atención por su frugalidad en las comidas. La depresión y las conductas obsesivo-compulsivas se asocian frecuentemente con la anorexia nerviosa. Pueden existir también trastornos en el área sexual, como disminución de la libido o rechazo a las relaciones sexuales. El embarazo se rechaza como causa de aumento de peso.

La clasificación internacional de las enfermedades da los siguientes criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

A.-Pérdida excesiva de peso. Los pacientes prepuberales no experimentan la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

B.-La pérdida de peso está originada en el propio enfermo a través de: 1) evitación de consumo de «alimentos que engordan» y por uno o más de los síntomas siguientes: 2)

vómitos auto provocados, 3) purgas intestinales auto provocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C.-Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobre valorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D.-Trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea, y en el varón como pérdida del interés y de la potencia sexual.

E.-Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la monarquía (aparición de la primera menstruación) es tardía.

•-SÍNTOMAS DE LA BULIMIA NERVIOSA.

La bulimia nerviosa, como ya se mencionó, puede ser una segunda fase de la anorexia o incluso precederla. Otras veces se presenta aisladamente sin relación con la anorexia. La persona hace gran ingesta de comida en forma compulsiva y posteriormente, para no engordar, se provoca vómitos o se purga con laxantes para expulsarla. Otras veces come con irregularidad saltando algunas comidas o toma medicamentos para reducir el apetito, aunque vuelve en otros momentos a los atracones de comida. Consecuencia de los vómitos y las purgas constantes son ciertas alteraciones médicas como agrandamiento de las glándulas salivales que contribuye a darle una forma redondeada a la cara, sequedad de piel, lesiones o perforación del esófago, deterioro del esmalte de los dientes, callosidades en los dedos causadas por el roce con los dientes cuando los meten en la boca para vomitar, trastornos en la función renal y cardíacos. Estos últimos pueden causar la muerte en algunos casos. Igual que en la anorexia nerviosa, la depresión se da en las bulímicas con cierta frecuencia.

•-CAUSAS DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSAS

La influencia genética es también aquí como en muchas patologías psiquiátricas tomada en consideración por los estudios realizados con familias de las anoréxicas. En el plano neurobiológico, se ha involucrado una disfunción hormonal del eje formado por el hipotálamo, la hipófisis y las gónadas. Una historia de trastornos del tracto gastrointestinal en la infancia, relaciones de dependencia madre-hija y de patología familiar son otros factores que se han querido relacionar con esta enfermedad. Lo que podría decirse con más seguridad es que las personas que desarrollan anorexia y bulimia nerviosas tienen una vulnerabilidad genética en este sentido, pero la propia vivencia de su imagen corporal que se hace patológica en un determinado momento, es lo que precipita todo el cuadro, incluyendo posteriormente los desarreglos biológicos.

•-TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSAS

Las principales dificultades en el tratamiento de estos trastornos son la poca colaboración de las pacientes, especialmente de las anoréxicas, y los conflictos que se producen a nivel familiar por las presiones que ejercen los padres sobre las pacientes para que regularicen su ingesta de alimentos. Las pacientes que han perdido el 15% o más de su peso y que continúan restringiendo en exceso la ingestión de comida, o que presentan desequilibrios fisiológicos, necesitarán de tratamientos hospitalarios para mejorar su estado de salud física y mediante

métodos de modificación de conducta, lograr una conducta alimentaria más adecuada que le permita ganar peso.

Cuando el estado de salud es precario y la paciente se resiste a comer, será necesaria la alimentación por sonda dirigida al estómago. A nivel ambulatorio, el tratamiento debe consistir en:

- Psicoterapia individual de tipo cognitivo para tratar de corregir la distorsión ideativa que conduce a la anorexia o la bulimia.
- Psicoterapia de grupo con otras pacientes anoréxicas o bulímicas.
- Orientación a los familiares sobre el manejo adecuado del problema.
- Terapia de familia cuando exista patología familiar.
- Separación de la familia en algunos casos donde no se logra la colaboración de los padres o de alguno de ellos.
- Utilización de fármacos como los neurolépticos asociados o no a antidepresivos. El uso de los primeros tienen la finalidad de tranquilizar, actuar sobre la distorsión ideativa y aumentar el peso ya que algunos de ellos, especialmente la olanzapina, tienen este efecto secundario.
- Orientación a dietética a la paciente.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Si tiene alguna alumna que muestra adelgazamiento progresivo, investigar con sus padres si está pasando por algún problema de salud, porque si no tienen ninguna enfermedad, podría tratarse de un anoréxica y quizá los familiares no lo hayan notado.
- Si los alumnos toman su almuerzo en la escuela, vigilar discretamente si alguna alumna limita excesivamente la cantidad de alimentos que ingiere.
- Durante las meriendas escolares, poner atención por si alguna alumna tira los alimentos a la basura o los regala a otra persona. En este caso y en el anterior, poner a los padres y al psicólogo escolar en conocimiento del asunto.
- Si sospecha de que alguna de sus alumnas es anoréxica o bulímica, ganar su confianza para darle apoyo psicológico y tratar de convencerla de buscar ayuda médica, y si ya la tiene, de que colabore en su tratamiento.
- No hacer presión ni vigilancia muy evidente sobre el hábito alimentario de la estudiante anoréxica para no perder su confianza o crearle más ansiedad.
- No obligar a la anoréxica o bulímica a hablar de su problema delante de los demás ni darle consejos en público.
- No criticar su estado físico pensado que de esa manera la enferma va a reaccionar y empezar a comer mejor.
- Si se tiene que tocar el tema de la obesidad en clases de ciencias no hacerlo de manera que cause repulsión a imagen de la gordura o que sea motivo de burlas para las niñas gorditas: en el grupo puede haber alguna o algunas niñas propensas a la anorexia o la bulimia. Se deben dar ideas claras sobre cómo debe ser una alimentación balanceada y no establecer parámetros demasiado estrictos respecto al peso ideal de una persona. Mientras se habla del tema no se debe hacer alusiones personales a ninguna estudiante porque se le note algo subida de peso, o porque se sepa que es anoréxica o bulímica.
- Cuidarse en el ejercicio de la actividad docente, de no idealizar la imagen de la mujer delgada como ya es común en nuestra sociedad occidental actual. Enseñe a sus estudiantes que la delgadez excesiva no es saludable y como los medios publicitarios la sobrevaloran con fines puramente comerciales.

- No se adelante a considerar a un estudiante, mujer u hombre, por anoréxico debido a su apariencia delgada ya que puede obedecer a su constitución física normal o a otras causas médicas.
- Si uno de sus alumnos está hospitalizado por anorexia nerviosa y se le permite visitarlo, no se ponga a darle consejos sobre la alimentación o a recriminarlo por no querer comer. Como recomendamos para el caso de los pacientes psicóticos hospitalizados, la visita es para darle apoyo, llevarle saludos de sus compañeros y demás maestros, y entregarle tareas si ya está en capacidad de hacer algunas.
- Si se le han recetado medicamentos a la alumna con anorexia o bulimia, estar atento a sus efectos secundarios, y si debe tomar alguna dosis en horas de escuela. Esto también debe ser un acto privado de conocimiento exclusivo del estudiante, el maestro y la dirección de la escuela.

XII

EL ESTUDIANTE CONSUMIDOR DE DROGAS

No trataremos aquí sobre los adolescentes que consumen alcohol u otro tipo de droga ocasionalmente, sino a los que lo hacen con regularidad. No es necesario insistir en la gravedad del problema de las drogas en el mundo moderno con todas sus implicaciones médicas, sociales, políticas y económicas, con sus secuelas de muerte o deterioro de la personalidad de quienes las consumen. La sociedad, a través de sus instituciones políticas y policiales, se empeña en perseguir y castigar a quienes las propagan y las consumen, pero por otra parte las propicia cuando estimula formas de vida hedonistas por medio de las películas, las propagandas, las modas, cierto tipo de música y algunos programas de televisión.

El joven que se hace adicto a las drogas es en alguna manera víctima de estas manipulaciones, aunque también de la estrategia de los traficantes de estas sustancias que las introducen hábilmente en las escuelas y otros ambientes juveniles. La pobreza en la que viven sumidos grandes sectores constituye un caldo de cultivo para la delincuencia y el tráfico de drogas, es también una responsabilidad social y del Estado. Para los educadores es de gran interés conocer mejor los factores que influyen en el consumo de drogas por parte de los niños y jóvenes, así como sus efectos y las maneras de prevenirlos.

•-FACTORES QUE FAVORECEN EL USO DE DROGAS

1-Baja autoestima o estados depresivos.
2.-Influencia del grupo de amigos.
3.-Fracaso escolar.
4.-Ausencia de un proyecto de vida.
5.-Consumo de drogas o alcohol en uno de los padres o ambos.
6.-Patología familiar.
7.-Trastornos de la conducta.
8.-Necesidad de nuevas experiencias.
9.-Rebeldía contra los valores tradicionales.

La baja autoestima, sobre todo cuando es síntoma de un estado depresivo, induce a los adolescentes al consumo de sustancias que les hagan sentir un estado anímico elevado aunque sea por breves momentos. Además, es una manera de ser aceptado en ciertos grupos «populares» de jóvenes, compensando así sus sentimientos de insuficiencia social. Si la baja autoestima se acompaña de timidez o inseguridad, al consumir drogas en grupos se produce desinhibición de la conducta haciéndose el individuo más atrevido. Este es un efecto que se ve comúnmente cuando una persona consume cantidades moderadas de alcohol tornándose más locuaz, alegre y osada. Cuando el consumo de alcohol u otras drogas está motivado por mejorar el estado de ánimo deprimido, al pasar efecto de esas sustancias la persona puede caer en estados más profundos de depresión.

La necesidad de compartir experiencias con los camaradas no obedece necesariamente a un deseo de aceptación por baja autoestima, sino a que se comparten hábitos como una manera de identificarse con el grupo, como sucede en algunos conjuntos de rock y pandillas de muchachos. En esos casos decir no a la droga sería no estar «en onda» con el grupo.

El fracaso escolar trae como consecuencia en muchos jóvenes la deserción de la escuela y el vagabundeo, además de una falta de interés en cualquier tipo de esfuerzo por insertarse en el mundo del estudio o del trabajo. La búsqueda de dinero fácil los lleva a introducirse en la venta de sustancias ilícitas y a involucrarse con otros jóvenes en iguales condiciones que también se dedican a su consumo. El principio que rige en este caso es ¿para qué «matarse» estudiando y trabajando si se puede conseguir dinero y «pasarla bien» de esta otra manera?

Esto último se relaciona con la ausencia de un proyecto adecuado de vida, con intereses académicos, planes para un futuro, ideales y metas por lograr. En jóvenes que abandonan los estudios es más fácil que se dé este vacío en relación al futuro, pero también podemos verlo en otros que sin dejar de asistir a la escuela carecen de esta proyección y viven cada día una existencia totalmente banal y material, sin estímulos intelectuales o espirituales. No es infrecuente que su ambiente familiar también se caracterice por este vacío.

El consumo de alcohol o drogas en uno de los padres, comúnmente más el padre varón, favorece la inclinación en los hijos a estos hábitos. Hay padres que inducen a sus hijos varones a consumir alcohol como una forma, equivocada por supuesto, de hacerlos más hombres, o les organizan fiestas donde se sirve bebidas alcohólicas en abundancia. La necesidad de identificarse con la figura paterna, consciente o inconscientemente, puede ser un factor que aboque al joven a imitar el hábito alcohólico de aquélla. Por otra parte, donde hay padres alcohólicos o adictos a otras drogas, se vive teniendo más cerca estas sustancias y por tanto con mayores posibilidades de consumirlas.

Las familias donde existen conflictos importantes como violencia, maltrato, falta de comunicación o negligencia parental, así como cuando se dan divorcios muy traumáticos o abandono parental, tienen más incidencia de hijos consumidores de drogas y alcohol. Los niños y jóvenes que crecen en estas familias están más propensos a sufrir de baja autoestima, de depresión, de fracasos escolares, de una visión negativa y pesimista de la vida, y de la necesidad de encontrar en las pandillas o en grupos de amigos experiencias que sustituyan y compensen las malas vivencias familiares. El divorcio y el abandono de uno de los padres no conduce obligadamente a problemas psicológicos graves o permanentes ya que otros factores pueden hacer un balance que lo impida, como el temperamento del niño, sus antecedentes conductuales, de cómo fue educado hasta el momento de la ruptura familiar, y del cuidado que ponga la persona con quien queda a cargo (madre, padre u otra)para cubrir sus necesidades afectivas, intelectuales y de disciplina. Si a causa de una dinámica familiar alterada, ya sea en una familia completa o en una incompleta, se producen situaciones perjudiciales para los hijos, entonces es cuando más fácilmente éstos pueden caer en el vicio de las drogas o el alcoholismo.

Los adolescentes con problemas de conducta sufren más castigos, regaños y rechazo de parte de familiares y maestros, lo trae como consecuencia rebeldía, fugas del domicilio y de la escuela, bajo rendimiento académico y baja autoestima, que a su vez son condiciones predisponentes para el consumo de sustancias tóxicas. Los jóvenes hiperactivos cuando presentan también problemas de conducta como impulsividad, agresividad y falta de responsabilidad, tienen más probabilidades de consumir drogas, especialmente si se crían en barriadas donde la delincuencia y el tráfico de estas sustancias ilegales es la norma.

Adolescentes sin antecedentes patológicos, incluso con buenas calificaciones escolares y provenientes de buenas familias, buscan las drogas como experiencias novedosas, o como snobismo. Son jóvenes que disponen de todo y quieren experimentarlo todo. De esta manera afirman incluso su independencia y su personalidad ante los demás. Generalmente creen estar en control de ellos mismos, pero sin darse cuenta acaban en la adicción.

La adolescencia es una etapa en la que el mundo del adulto se empieza a ver como caduco e hipócrita; los padres ya no representan el ideal a seguir y los valores que predican entran muchas veces en conflicto con la visión que tienen los jóvenes de la vida; todo es cuestionado. Es un proceso necesario en la maduración, un período de la vida que por lo general se supera cuando se avanza en edad y se tienen que asumir roles de adulto trabajador y mantenedor de una familia. No obstante, esa rebeldía propia de la edad conduce muchas veces a optar por modos de vida y comportamientos no saludables como es el que nos ocupa ahora. Las personas adultas como los padres, los médicos, los maestros, los policías, dicen que las drogas son perjudiciales, que pueden deteriorar las facultades personales, traer la muerte o causar serios problemas familiares y sociales. Los jóvenes responden que son exageraciones de adultos que viven un mundo obsoleto y que ellos saben hasta dónde llegar y cómo cuidarse. Hacer todo lo que se opone a lo que es aceptable por los mayores, como la vida sexual libre, fumar, beber alcohol, vestirse de manera extravagante, tatuarse el cuerpo, insertarle anillos en lugares no acostumbrados o pintarse el cabello, son cosas que el adolescente hace para diferenciarse de ese otro mundo adulto con el que no quiere identificarse.

•-CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS (INCLUIDO EL ALCOHOL)

- Estados de intoxicación aguda con alteración de los sentidos, de la capacidad de orientación y de pensamiento, del lenguaje, conducta desinhibida o violenta, crisis de pánico, vivencias de tipo alucinatorio o delirio paranoide que puede llevar al suicidio.
- Estados de dependencia con una necesidad creciente de continuar consumiendo la sustancia y en dosis crecientes, con pérdida de interés por otras fuentes de placer o diversiones. En esta situación de dependencia la persona comete actos inapropiados como robar, empeñar joyas y otros objetos de la familia, o incluso prostituirse.
- Estados de abstinencia por no disponer de la sustancia que se ha estado consumiendo reiteradamente. Cursa con estados de ansiedad, a veces con agitación, ánimo deprimido, insomnio, molestias somáticas y en casos más graves, convulsiones. Su gravedad y modalidad dependerá del tipo de sustancia a la que se tiene dependencia:
- Trastornos de tipo psicótico ya mencionado en el capítulo de psicosis.
- Deterioro del rendimiento escolar.
- Deterioro de los hábitos de sueño, alimentación y auto cuidado.
- Muerte por sobredosis.
- Graves accidentes de tránsito.

- Desencadenamiento de un trastorno psiquiátrico latente o agravamiento de uno ya existente (depresión, esquizofrenia, manía).
- Promiscuidad sexual y contagio de enfermedades como el SIDA y otras de tipo venéreo.
- Asesinatos en estado de desinhibición o confusional, o por venganza entre traficantes.
- Trastornos en la vida familiar: conflictos con los padres, ansiedad y temor en éstos y en los hermanos, afectación de la economía por sustracción de dinero por parte del joven adicto y aumento de gastos médicos, allanamientos policiales en busca de drogas, separación de la familia por internamiento en un centro de rehabilitación o en uno correccional.
- Afecciones físicas como lesiones en la mucosa nasal, en hígado, en vías digestivas, lesiones cardiovasculares y daños cerebrales progresivos o agudos.

•-TIPOS DE SUSTANCIAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ABUSO

- Alcohol.
- Opioides (heroína, morfina, codeína, metadona).
- Cannabinoides (marihuana).
- Cocaína.
- Anfetaminas y metilfenidato.
- Alucinógenos (LSD. mezcalina, polvo de ángel, éxtasis).
- Sedantes e hipnóticos.
- Disolventes volátiles (óxido nitroso, disolvente para pinturas, colas).

Estas sustancias tienen cada una su características en cuanto a acción en el organismo, efectos adversos y grado de dependencia que no profundizaremos en esta obra. Pueden consumirse o utilizarse solas o en combinación especialmente con alcohol.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Si un alumno empieza a llegar a la escuela descuidado en su presentación personal o muestra un deterioro progresivo de su rendimiento sin que exista una causa que pueda explicarlo, se debe pensar en la posibilidad de que esté consumiendo drogas, lo que amerite que se refiera al psicólogo escolar, o se investigue más con los compañeros y los padres.
- Se debe procurar estar al tanto de la existencia de vendedores o consumidores de drogas en los alrededores de la escuela, o de si existen estudiantes ya conocidos por este tipo de actividad.
- Es importante que se organicen reuniones en las que los estudiantes puedan hablar libremente sobre el problema de las drogas, y para que se les planteen interrogantes y preocupaciones al respecto, dejando que ellos mismos lleguen a conclusiones sin que se les impongan desde arriba.
- Si se identifica a un estudiante como consumidor de drogas, la solución no debe ser la expulsión de inmediato, sino que se le debe comprometer para que acuda a tratamiento y para que no lleve drogas a la escuela. En este sentido se puede establecer un régimen discreto de vigilancia de su conducta en los recreos y a la salida de la escuela en coordinación con los padres u otra persona adulta que éstos designen.

- Aunque es poco probable que un joven adicto a las drogas deje de serlo por consejos de un maestro o profesor, ayuda que el educador trate de establecer con él una relación franca y amistosa, sin rechazos ni críticas, lo que no significa dejarle claro que no puede aprobar que consuma esas sustancias dañinas. El docente puede jugar un rol de apoyo y comprensión que quizá no encuentra en sus padres, o incluso convertirse en un modelo a seguir.
- Si el estudiante tiene que someterse a un régimen de internamiento, se le debe dar la oportunidad de regresar a continuar sus estudios una vez que sale y esté bajo vigilancia médica.
- Si uno de estos jóvenes consumidores de drogas, tiene problemas de rendimiento, se le debe brindar apoyo académico en coordinación con tutores especializados y los padres para hacerle un plan de estudios que le permita nivelarse.
- El psicólogo escolar debe investigar la vida familiar del estudiante involucrado en drogas o consumidor frecuente de alcohol para detectar problemas que requieran tratamiento. Si hay problemas que están afectando al adolescente y contribuyen a que se aboque a las drogas, pero los padres se niegan a recibir orientación y tratamiento, se puede solicitar la ayuda de las autoridades de menores ya que puede, en ese caso, puede considerarse como maltrato y negligencia en la educación del menor.
- La existencia de un estudiante adicto a las drogas y que está en tratamiento no debe ser de conocimiento público. Igual que en cualquier otro caso de enfermedad, especialmente las de tipo psiquiátrico, debe haber confidencialidad.
- Cuando los estudiantes organicen fiestas como parte de las actividades de la escuela, no debe autorizarse el uso de bebidas alcohólicas, cigarrillos y por supuesto, de drogas. Los maestros y profesores deben designar entre ellos a quienes deben supervisar el evento.
- La escuela debe organizar actividades con los padres de familia destinadas a desarrollar temas relacionadas con la prevención del consumo de drogas en los estudiantes. Mientras más se desarrollen actividades extracurriculares deportivas, culturales y sociales, menos probabilidades hay de que los alumnos busquen las drogas, especialmente si los padres se preocupan de brindarles una vida familiar gratificante.

XIII

EL NIÑO CON CONDUCTAS SEXUALES PRECOCES

En todas las épocas de la historia humana los niños han mostrado conductas de juego y curiosidad sexual en forma precoz, pero que no tienen carácter patológico. En otras épocas y otras culturas esto se toma por natural y hasta deseable, pero en nuestra sociedad son motivo de repugnancia y de rechazo. Se crean sentimientos de culpa a los niños desde muy pequeños y se hace de la sexualidad infantil algo morboso. Más ahora que se ha desatado una especie de paranoia de abusos sexuales que aunque surja de la necesidad de proteger a los niños, también es causa de sospechas y acusaciones injustificadas en muchos casos. El personal de las escuelas no siempre reacciona adecuadamente cuando se dan casos de niños y niñas con conductas sexuales precoces por lo que considero que es necesario dedicar unas páginas al tema.

Desde el momento en que los niños descubren sus genitales y se percatan de que no son iguales en todas las personas, empieza su curiosidad y las preguntas al respecto. No es tampoco anormal que los sientan como áreas placenteras al tacto por lo que algunos pueden tener conductas masturbadoras desde muy temprana edad sin haber sido inducidos por nadie. Esta curiosidad se extiende posteriormente, en los varones en la niñez y la adolescencia a otras partes del cuerpo de las niñas que es para ellos algo enigmático y prohibido. No es costumbre después de la edad preescolar verse desnudos los niños y las niñas en nuestra cultura, lo que estimula más la curiosidad.

Además de eso, hay niños que se sienten atraídos por el sexo opuesto desde mucho antes de la explosión hormonal de la pubertad y la adolescencia. Es verdad que esta precocidad puede haber sido estimulada por el ambiente en el que se vive, o por lo que se ve en la televisión, lo que de ningún modo la hace patológica. Quizá si los mismos adultos no le dieran a la sexualidad ese aire misterioso y pecaminoso, los niños la vivirían como algo natural que tienen que aprender a controlar como controlan otros aspectos de su conducta. No obstante, el niño cuando es atraído por el sexo opuesto o siente inclinaciones sexuales, aprende desde el principio que es algo que no debe ni siquiera pensar so pena de cometer pecado contra Dios y contra sus padres. Y es que la ingenuidad que se le permitía al Adán y a la Eva del mito bíblico antes del «pecado original», ya no se le permite ni a los niños. Es necesario pues desmitificar la sexualidad y reconocer que en la niñez es normal que pueda expresarse en los niños.

Esto no quiere decir que no se puedan dar conductas sexuales precoces que alcancen ribetes patológicos, lo que es más frecuente en niños que han sido abusados sexualmente por tiempo prolongado, y otras veces en jóvenes perturbados mentalmente. Una conducta sexual precoz puede tener características compulsivas y crear una gran tensión en el niño y sus familiares. En la escuela le ocasiona conflictos con los compañeros, especialmente del sexo opuesto. En jóvenes púberes y adolescentes, los puede llevar al acoso sexual y a la violación de niñas o incluso de mujeres adultas.

La masturbación compulsiva se convierte en una actividad que ocupa mucho tiempo de la vida diaria del niño, restándole tiempo y energía para dedicarse a sus tareas y a otras actividades. Igualmente puede suceder con la obsesión por la pornografía que hoy con la Internet está al alcance fácil de los menores. Niños abusados sexualmente, se sienten muy atraídos por el sexo cuando este abuso se ha producido sin trauma físico ni presión psicológica. De esta manera aprenden a tener actividad sexual placentera e intentan repetirla cuando están solos con hermanitos o con otros niños. Muchas veces el abuso de que han sido objeto, les enseña comportamientos sexuales impropios de su sexo, como hacerle sexo oral a otros niños, o solicitar que le hagan sexo anal. Es una de las formas en las que se inicia el camino a la vida homosexual. En las niñas, el abuso prolongado las puede inducir a la prostitución desde antes de la pubertad.

Cuando el abuso sexual se ha realizado de forma traumática, con dolor o lesiones físicas, y con presión psicológica, o ha sido contra la voluntad del niño o la niña, poco después aparecen síntomas como miedo, trastornos del sueño, depresión, enuresis nocturna o encopresis (pérdida del control de los esfínteres vesical y anal respectivamente), disminución del rendimiento escolar, fobias, y otros que reflejan el impacto emocional del abuso. Si el abusador ha sido el padre, un hermano u otro familiar muy cercano, se añade al trauma la decepción de haber sido agredido por quien debía quererlo y protegerlo, además de sentir que de alguna manera se es culpable por no haberlo evitado. Este tipo de trauma se acaba reprimiendo para posteriormente resurgir en la adolescencia causando depresión, sentimientos encontrados de culpa y rabia, baja autoestima e intentos de suicidio. El intento de suicido por estas razones es una de las causales más frecuentes de internamiento hospitalario en nuestro Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes.

Retomando el tema de las conductas sexuales precoces en niños, podemos decir entonces que hay que distinguir adecuadamente entre conductas sexuales infantiles por curiosidad y juego, y las conductas sexuales precoces patológicas. El tratamiento de ambas es diferente como se puede suponer. Entre las primeras incluimos el manoseo corporal entre niños preescolares, el desnudarse para verse los genitales unos a otros, el darse algunos besitos en la cara o incluso en la boca, las travesuras que cometen niños mayorcitos contra sus compañeras como levantarles las faldas, o agacharse con la excusa de recoger algo para fisgonear debajo de ellas, o introducirse en los baños de las niñas para espiarlas, el flirteo en la adolescencia, el enamorarse de la maestra en niños de escuela primaria, interesarse algunas veces por ver revistas o películas con contenido sexual fuerte, y la masturbación que se puede iniciar desde muy temprana edad pero es más común desde la pubertad en adelante. Entre las segundas incluimos la masturbación compulsiva, el acoso repetido a otros niños o niñas con intentos de copulación o de sexo oral, el acoso sexual a las maestras, la prostitución infantil no obligada por circunstancias económicas o por adultos, y dedicar mucho tiempo a temas sexuales, incluyendo la pornografía perjudicando su rendimiento escolar y su vida social. El carácter de lo patológico lo da el grado de frecuencia e intensidad, así como la compulsividad y los intentos o consumación de una vida sexual impropia de la niñez.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Si se dan conductas sexuales entre niños de su grupo, no hacer juicios prematuros sobre la naturaleza o causa de las mismas. No crear situaciones dramáticas o alarmistas. Tomar en consideración la edad de los niños, en qué contexto se dio la situación, y si las conductas en cuestión tienen el carácter de lo patológico antes expuesto. Si no lo tienen, basta con conversar con los niños y tratar de aprovechar su curiosidad sexual para educarlos en este sentido. Si se trata de travesuras de niños mayores o adolescentes, enseñarles que se trata de un asunto de respeto a la privacidad y el pudor de los demás. No es necesario tomar medidas de represión en estos casos a menos que algunos persistan en sus travesuras.
- Tener mucho cuidado de no expresar sospechas de que un niño con estas conductas fue o está siendo abusado sexualmente en su hogar. Si las conductas tienen las características patológicas antes descritas, el niño debe ser examinado por un psicólogo o psiquiatra de niños. Es necesario advertir que incluso para uno de estos profesionales muchas veces es difícil llegar a saber con seguridad si ha habido abuso en niños pequeños.
- Cuando se hable con los padres de niños involucrados en estas conductas, no les haga sentir mal ni le diga cosas como «hay que tener cuidado con ese niño porque si hace cosas así ahora, quien sabe que hará o será después», o «es un pervertido», etc.
- No dar oportunidad de que los niños pequeños se vean tentados a iniciar juegos sexuales dejándolos solos en los baños o en otras áreas cerradas.
- Si un niño o niña refiere que alguien le está haciendo cosas indebidas, préstele atención y trate de establecer la veracidad de lo que dice con ayuda del psicólogo de la escuela. Si el niño acusa a un extraño, o un familiar que no sean los padres hay que notificar ese mismo día a éstos para ponerlos en conocimiento de lo dicho por el niño y explicarles la necesidad de una investigación más profunda con intervención de algún profesional. Si el niño se refiere a uno de los padres como el abusador y da un relato creíble, se debe también conversar con éste pero enviando un reporte de sospecha de abuso a las autoridades de menores. A partir de ese momento y mientras las autoridades inician la investigación, se debe conversar con el niño a diario y vigilar su estado emocional y su conducta.

- Se debe tener también mucho cuidado de no inducir en el niño respuestas que pueden no ajustarse a la realidad, lo cual sucede muchas veces cuando se interroga a un niño sobre supuestos abusos porque éste dice lo que cree que se quiere que diga. Aunque su intuición le diga que es verdad que tal o cual persona está molestando al niño sexualmente, recuerde: nadie es culpable hasta que no se demuestre. Se debe partir siempre de la presunción de inocencia, principio que no siempre respetamos.

LOS TRATAMIENTOS EN PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

I

LOS MEDICAMENTOS EN PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los educadores solicitan muchas veces a los psiquiatras de sus alumnos con problemas, especialmente si presentan trastornos de la conducta y los hiperactivos, que se les recete medicamentos. Otras veces dan ellos mismos sugerencias a los padres sobre algún fármaco que fue muy efectivo con otro u otros alumnos como es el caso de los estimulantes para la hiperactividad y los que supuestamente mejoran el rendimiento cerebral. Por eso es apropiado incluir en este libro un capítulo sobre los medicamentos utilizados en Psiquiatría de niños y adolescentes, sus indicaciones, y sus efectos adversos.

Tipos de psicofármacos utilizados comúnmente.
•-Estimulantes
•-Anti psicóticos
•-Ansiolíticos
•-Antidepresivos
•-Estabilizadores del humor
•-Sedativos.

En el grupo de los estimulantes están las anfetaminas y el metilfenidato. Este último conocido ampliamente por su nombre comercial Ritalina. La principal indicación de estos medicamentos es el tratamiento de la hiperactividad y el déficit de atención. Sus dosis varían entre 5 mg (1/2 tableta) a 40 mg (4 tabletas al día). Las anfetaminas no están comercializadas en nuestro país. Si bien un 70 a 75% de pacientes hiperactivos mejoran con la Ritalina, pueden darse afectos adversos que los educadores deben conocer siendo los más frecuentes lo siguientes:

- Insomnio.
- Pérdida de apetito (uno de los más frecuentes).

• Pérdida de peso (como consecuencia del anterior).
• Dolor de estómago.
• Dolor de cabeza.
• Irritabilidad o conducta agresiva.
• Depresión.
• Taquicardia y cambios en la presión arterial.
• Síntomas de tipo psicótico (poco frecuente).
• Aparición de tics o exacerbación de los ya existentes.

En la mayoría de los casos son efectos iniciales y de poca duración, pero otras veces obligan a disminuir las dosis y suspender el medicamento. Hasta el momento no se ha podido demostrar que su utilización en la niñez predisponga a la adicción a drogas. Otros efectos secundarios posibles pero menos frecuentes pueden ser: caída de cabello, disminución de células blancas de la sangre, anemia y erupción cutánea. Ocasionalmente los niños hiperactivos que toman esta medicina pueden experimentar cambios de personalidad manifestados por melancolía, llanto e hipersensibilidad.

Los anti psicóticos como se desprende de su nombre, se administran en las enfermedades psicóticas fundamentalmente (psicosis agudas, orgánicas, esquizofrenias y manías), aunque también encuentran aplicación en los trastornos de conducta severos que cursan con agresividad, el síndrome de Gilles de la Tourette, en conductas repetitivas estereotipadas y otras alteraciones conductuales de los niños con trastornos generalizados del desarrollo. También se les ha denominado tranquilizantes mayores y neurolépticos. Los medicamentos más utilizados en nuestro medio son:

• La clorpromazina (Largactil).
• La tioridazina (Meleril).
• La levomepromazina (Sinogán).
• El sulpiride (Dogmatil).
• La trifluoperazina (Stelazine).
• El haloperidol (Haldol).
• La clozapina (Leponex).
• La olanzapina (Zyprexa).
• La risperidona (Risperdal).

Los tres primeros tienen efectos anti psicóticos a dosis altas, pero en dosis bajas o moderadas poseen acción muy sedativa. Los siguientes son más potentes como anti psicóticos. El sulpiride tienen efectos desinhibidores y levemente antidepresivos en dosis intermedias, y sus efecto anti psicótico se logra con dosis mayores de 500 a 600 miligramos al día.

Los efectos adversos más frecuentes de estos medicamentos pueden ser:

- Somnolencia (con los más sedativos).
- Enlentecimiento de los procesos cognitivos.
- Trastornos de la atención.
- Aumento de peso, especialmente con olanzapina y risperidona.
- Alteraciones sanguíneas (disminución de los granulocitos o células de la sangre que actúan defendiendo al organismo de las infecciones. Esto es más común con la clozapina).
- Alteraciones hepáticas.
- Retinitis pigmentaria con tioridazina a dosis altas.
- Alteraciones agudas del tono de músculos de la cara y el cuello (distonía aguda).

- Parkinsonismo (rigidez facial y temblor de manos).
- Inquietud motora muy evidente o acatisia.
- Síndrome neuroléptico maligno con fiebre, rigidez muscular, cambios en el pulso y la presión arterial, estupor y catatonía, que pueden conducir a la muerte.
- Disquinesia tardía (movimientos musculares que aparecen después de varios meses como movimientos de los músculos masticatorios, y de la mímica, tortícolis, movimientos de torsión del tronco, pelvis y disquinesias respiratorias.).

Cuando se administran estos psicofármacos, el médico debe hacer exámenes periódicos de laboratorio y vigilar el estado de salud del paciente por la posibilidad de la aparición de estos efectos adversos. Con los nuevos medicamentos de este grupo que se conocen como anti psicóticos atípicos como la clozapina, olanzapina, y risperidona, los efectos adversos son menos comunes, con excepción de la agranulocitosis con la clozapina y el aumento de peso con la olanzapina, pero no están exentos del todo de ellos sobre todo en niños y adolescentes. En algunos pacientes muy sensibles a estos efectos como las distonías y en los que tienen que tomar dosis altas de neurolépticos, se les administra otros medicamentos que ayudan a impedirlos o minimizarlos como la difenhidramina o el biperideno (Benadryl y Akineton respectivamente).

Los ansiolíticos tienen acción reductora de la ansiedad en cualquiera de sus formas teniendo su indicación en estados de ansiedad, fobias, ansiedad que acompaña a estados depresivos o psicóticos, crisis de pánico, algunas veces en trastornos del sueño y en epilepsias. Pertenecen a este grupo las benzodiacepinas como:

- El diazepam (Valium).
- El clordiazepóxido (Librium).
- El alprazolam (Tafil).
- El bromazepam (Lexotan).
- El clobazam (Urbadan).
- El clonazepam (Rivotril).

Los efectos secundarios más importantes de las benzodiacepinas consisten en:

- Exceso de sedación y sueño.
- Fatiga.
- Enlentecimiento motor.
- Reacciones paradójicas que consisten en irritabilidad, agitación y conducta agresiva, ansiedad.

Los fármacos antidepresivos que se administran para curar las diferentes formas de depresión, también se utilizan para otros trastornos como las fobias escolares, la fobia social, las crisis de pánico, los trastornos obsesivo-compulsivos, la enuresis, trastornos del sueño y algunas veces para tratar el trastorno hipercinético con déficit de atención que no mejoran con los estimulantes. Algunos combinan un efecto sobre la ansiedad además del antidepresivo. Pertenecen a este grupo:

- La imipramina (Tofranil).
- La amitriptlina (Tryptanol)
- La clomipramina (Anafranil).
- La maprotilina (Ludiomil).
- La fluoxetina (Prozac).
- La sertralina (Altruline).

• La paroxetina (Paxil).
• La citalopram (Zentius).
• La velanfaxina (Effexor).

Efectos adversos que pueden darse con los diferentes antidepresivos son:
• Alteraciones del ritmo, de la conducción y bloqueo cardíaco.
• Alteraciones de la sangre.
• Alteraciones gastrointestinales.
• Convulsiones.
• Trastornos del sueño.
• Suicidio (se han reportado con el uso de los antidepresivos más recientes como los cinco últimos de la lista anterior).
• Sedación.
• Cansancio y fatiga.
• Dolor de cabeza.
• Alucinaciones.

Los llamados estabilizadores del humor son fármacos que se administran a pacientes con cuadros clínicos de trastorno afectivo bipolar para regular el estado de ánimo durante los episodios de manía o de depresión de estos trastornos y durante los períodos entre ellos. Con excepción del litio, los demás son medicamentos también antiepilépticos.
• Los más utilizados como estabilizadores del humor son;
• El carbonato de litio.
• La carbamazepina (Tegretol).
• El ácido Valproico (Depakene).
• Los efectos secundarios del litio pueden ser:
• Aumento de la sed.
• Poliuria o aumento de la frecuencia de la micción urinaria.
• Náuseas y diarrea.
• Temblores.
• Cansancio y debilidad muscular.
• Somnolencia.
• Confusión.
• Visión borrosa.
• Alteraciones del funcionamiento de la glándula tiroides.
• Toxicidad renal.

Con el ácido valproico:
• Trastornos gastrointestinales.
• Temblores de manos y pies.
• Pérdida o aumento de peso.
• Pérdida de apetito.
• Cansancio y debilidad.
• Trastornos en la menstruación.
• Pérdida de cabello.
• Sangrar con facilidad.
• Visión doble.
• Convulsiones.
Con carbamazepina:

- Trastornos gastrointestinales.
- Alteraciones de la función hepática con ictericia.
- Mareos.
- Somnolencia.
- Confusión.
- Toxicidad de la médula ósea con disminución de su producción, lo que puede facilitar infecciones y a veces la muerte.
- Palpitaciones.
- Nerviosismo.

Cuando se está administrando estos medicamentos se acostumbra a llevar control de sus niveles en sangre que no deben estar por debajo de los niveles terapéuticos ni por arriba de los límites donde pueden empezar los síntomas de sobredosis. Inicialmente se hacen cada semana, cada dos semanas, para finalmente dejarlos cada tres meses.

Los medicamentos que utilizamos con fines sedativos son:

- La difenhidramina (Benadryl).
- La pasiflora (Pasiflorina).
- El bromhidrato del glutamato de magnesio con prometacina (Psico-Soma).

Se utilizan estos medicamentos para aliviar la ansiedad de leve a moderada intensidad, así como la inquietud motora en niños pequeños y otros con autismo. También los damos a niños con trastornos del sueño. Su efecto adverso principal es la sedación que a dosis bajas no es muy marcada.

RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- La información dada en este capítulo no capacita a una persona sin estudios médicos a recomendarlos.
- Recetar medicamentos es exclusividad de los médicos, y en este caso especialmente de psiquiatras o pediatras. La medicación no entra en el campo de los conocimientos del psicólogo.
- No ejerza presión para que a un determinado niño se le recete un medicamento. Deje que el médico tome esa decisión en base a la información que recibe de la escuela, de los familiares del niño, y de su criterio clínico.
- Reporte a los familiares del niño y a su médico si ve progresos o no en la conducta del niño o su estado emocional, pero evite dar opiniones sobre si el medicamento es bueno o es malo ya que la acción de un determinado fármaco depende de varios factores.
- No recomiende a otros padres dar a su hijo un medicamento porque le fue bien con él a un alumno, ya que aunque dos niños tengan problemas parecidos, hay que tomar en consideración varios aspectos individuales antes de administrar un fármaco.
- Si un niño está tomando un medicamento recetado por su psiquiatra, no lo refiera a otro médico de la misma especialidad para que le dé otros fármacos, pues eso trae confusión en los padres y a veces peligros para la salud del niño porque es posible que se le empiece a dar el nuevo sin retirarle el que ya toma.
- Si uno de sus alumnos toma medicación por un trastorno de la conducta o mental, sea discreto, no lo divulgue enfrente del resto de la clase. A veces se comete la indiscreción de preguntar al niño: ¿Ya tomaste tu medicina? o ven para darte tu medicina para que te tranquilices, etc.

II

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

En la mente de muchas personas, el psiquiatra es concebido como un médico que da medicamentos para las enfermedades mentales, mientras que el psicólogo es quien hace los tratamientos a base de psicoterapia. Es una idea errónea que desvirtúa la naturaleza de la actividad terapéutica del psiquiatra. El uso de medicamentos es una parte de esta actividad, ya que existen otras modalidades de tratamientos que un psiquiatra realiza. Existen algunos especialistas médicos en este campo que se dedican casi exclusivamente a la psicofarmacología, pero no es lo habitual ni lo deseable. El adiestramiento del psiquiatra lo capacita para realizar tratamientos psicológicos en una o varias de sus modalidades. De hecho, la mayor parte de estas modalidades de terapias no farmacológicas fueron iniciadas por psiquiatras, sin que eso haya significado que no las pueden realizar otros profesionales como psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales siempre que hayan recibido el entrenamiento. Cada psiquiatra elige además el tipo de terapias con las que se siente más a gusto y cree hacer mejor. Esto dependen en alguna medida de la escuela de pensamiento que se siga.

Las terapias que se practican en el campo de la Psiquiatría de niños y adolescentes son básicamente de tres tipos:

- Individuales.
- En grupo.
- Para la familia.

Las individuales a su vez pueden ser:

- Por medio del juego (lúdica).
- Por el arte o la música.
- Por comunicación interpersonal directa de orientación psicoanalítica, conductual, cognitiva, cognitiva-conductual, ecléctica.

Las de grupo se diferenciarán en sus modalidades según las edades de los participantes, los tipos de patologías que presentan y las bases doctrinales que las guían.

Las dirigidas a las familias pueden ser:

Para instruir a los padres en el uso de técnicas de modificación de conducta para tratar los problemas de sus hijos.

Para orientar en caso de situaciones de ruptura de la familia.

Para lograr una mejor adaptación y manejo de situaciones cuando se tienen hijos con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, el autismo, la adicción a drogas y otras (pueden ser también con grupos de familias).

Para resolver conflictos intrafamiliares y mejorar la comunicación, con la participación de todo el grupo familiar en capacidad de hacerlo (terapia familiar).

En clínicas grandes con diferentes tipos de especialistas, los tratamientos se suelen realizar en equipo, participando varios especialistas (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social y enfermera) de una misma modalidad de terapia (por ejemplo, terapia de familia, o terapia de

grupo de adolescentes). Otros se dedican a practicar las terapias individuales u orientación a las familias.

Otras terapias que se llevan a cabo en clínicas de Psiquiatría de niños aunque no son hechas por psiquiatras, son la terapia ocupacional y la educación especializada para niños con problemas de aprendizaje.

Una condición básica para todo tipo de terapia con niños y adolescentes es el establecer desde el inicio una relación empática con el paciente que le permita tener confianza en su terapeuta. Esta empatía no se logra siempre desde la primera cita siendo necesarias algunas más para conseguirla. La continuidad en la asistencia a las citas también es de importancia pero muchas veces se dificulta porque los maestros no conceden el permiso para salir de la escuela para acudir a la clínica, o los padres son negligentes al respecto. Otras veces es el mismo paciente, especialmente los adolescentes los que se niegan a ir porque ven al terapeuta como un aliado de sus padres ante quienes está en rebeldía.

El proceso psicoterapéutico debe tener objetivos claros que los pacientes comprendan y se comprometan a lograr, ya se trate de terapia individual, de grupo o de familia. La aceptación del problema, la comprensión de las causas del mismo, la eliminación o reducción de síntomas patológicos, la adquisición de nuevos modos de pensar y de actuar que faciliten una mejor adaptación son los objetivos de todo tipo de terapia. Modificar las situaciones ambientales que estén determinando los síntomas en el niño o el adolescente es el objetivo de otras actividades terapéuticas como la consejería o terapia familiar. Aquí debemos también incluir la actuación del médico cuando trabaja con las escuelas.

El éxito de las psicoterapias no depende solamente del tipo elegido o de la orientación doctrinal que se siga, influyendo también la capacidad que tenga el terapeuta para desarrollar esa relación empática a la que aludíamos y la colaboración de la familia, y a veces también de los maestros de los pacientes. Algunos problemas se resuelven en períodos de tiempo relativamente breves, pero otros requieren meses o años, siempre que se cuente con la asiduidad del paciente y sus padres. La mejoría de los pacientes no se logra por lo general de una manera lineal ascendente, es decir, con progresos constantes y crecientes, sino que se suelen dar épocas de retroceso o desmejoría de los logros alcanzados por razones diferentes. Padres y educadores deben estar advertidos de esto pues de lo contrario, dudarían de la eficacia de la terapia, lo que crea en ellos frustración, dudas acerca del método o del terapeuta. Es necesario saber que un proceso terapéutico no consiste simplemente en hablar con el niño o el adolescente para darle consejos, y mucho menos para regañarlo. Se trata de un procedimiento más complejo que sigue una metodología y que como ya hicimos mención, depende en sus logros de diferentes factores. No se niega la posibilidad de que uno de estos factores sea la deficiencia del médico o el psicólogo como terapeuta, ya sea por que no ha podido conseguir la empatía necesaria con el joven o sus padres, ha aplicado el método equivocado, o no ha dedicado el tiempo suficiente a la terapia.

Los mejores terapeutas no siempre tienen buenos resultados tratando de establecer una comunicación afectiva con sus pacientes, sobre todo cuando se trata de adolescentes rebeldes o muy introvertidos, algo muy normal teniendo en cuenta las limitaciones humanas que todos tenemos. Lo mismo puede suceder con las terapias o la consejería para familias. Es frecuente que alguno de los padres acuda de mala gana a estas citas, ya sea por que el cónyuge lo lleva contra su voluntad, o porque sea una obligación impuesta por una autoridad judicial. También puede darse el caso de que uno de los padres, que es casi siempre el papá, esté en la creencia de que el terapeuta es un aliado del otro cónyuge con quien se está en conflicto, o porque su conciencia le dice que si comportamiento matrimonial o parental no es problemático.

Cuando se está tratando con problemas de conducta u otros relacionados con la escuela, la colaboración de los maestros, del psicólogo escolar y la Dirección del centro educativo son

importantes. Pero así como hay padres y jóvenes poco colaboradores, también hay que decirlo, hay educadores y directores de escuela que no se prestan para seguir instrucciones de los profesionales. Esto puede obedecer a que en realidad no se quiere tener más en la escuela al estudiante con trastornos de la conducta o mentales, por desinterés en dedicar algo de tiempo a poner en práctica los consejos, o porque se alega que no se tiene el tiempo para eso. Algunas veces hemos escuchado a los padres decir que una directora o maestra de escuela «no cree en psiquiatras o psicólogos y piensa que el niño lo que necesita es rejo».

La dificultad para realizar reuniones de trabajo entre educadores y psiquiatras para tratar sobre los problemas de los niños que éstos atienden, es otra causa de que no se pueda contar con la ayuda adecuada en la escuela. Casi siempre las horas de atención en las clínicas coinciden con las de la jornada escolar, y en ciudades grandes las distancias a recorrer para trasladarse a una escuela o clínica toman mucho tiempo, y cuando se tiene que atender muchos pacientes, o estar ocupado dando clases, es poco realista que se puedan verificar esos encuentros. Las comunicaciones telefónicas o por escrito suplen en parte esta necesidad pero no es igual que una reunión con la presencia de varios maestros, el psicólogo escolar, los padres y el médico. Cuando el personal de la escuela, incluyendo el director o directora, están muy preocupados por algún niño y tienen un deseo sincero de ayudarlo, pueden acordar con el médico alguna reunión en la clínica fuera de horas de trabajo escolar, o acudir algunos de ellos a una o varias de las citas del paciente haciendo los arreglos pertinentes en la escuela. Otras veces será el médico el que podrá trasladarse a la escuela en sus horas libres si las tiene, lo cual es más difícil si atiende pacientes mañana y tarde como la mayoría de los especialistas en nuestro país y en muchos otros.

A las causas de las dificultades para la consultoría escolar, se añade la escasez de psiquiatras y psicólogos de formados adecuadamente en psicopatología infantil y juvenil en relación a la población de niños y adolescentes con trastornos de la conducta o mentales. Es sabido que psiquiatras de adultos y psicólogos sin especialización en este campo, se están dedicando a trabajar con esta población lo que puede ayudar a cubrir este déficit, pero con el riesgo de cometer errores más fácilmente que si se es un especialista en salud mental de niños y adolescentes.

En cuanto a la orientación doctrinal de la que parte cada modalidad de psicoterapia individual o de grupo, mencionaremos solamente las más conocidas como la psicoanalítica, la conductual y la cognitiva. La primera basada en las teorías de Sigmund Freud y sus seguidores, tienen como fundamento traer a la conciencia los conflictos inconscientes que han ido surgiendo en el desarrollo emocional del paciente durante sus primeros años de vida, su interpretación y resolución. Los síntomas son vistos como consecuencia de esos conflictos que han quedado en el inconsciente sin resolución. Se aplica la terapia de base psicoanalítica en terapia individual (breve o prolongada), por el arte, por el juego y en grupo.

La terapia conductual tiene su origen en las teorías del aprendizaje de conductas y del condicionamiento. No se trabaja con el contenido de la conciencia sino con conductas actuales, los estímulos que las ponen en marcha y sus consecuencias. Las conductas pueden quedar ligadas a ciertos estímulos con los que no tenían relación previamente (condiciona-miento) y continuar emitiéndose ante la presencia de esos estímulos (externos o internos). Si un organismo emite una conducta y si se produce en el ambiente una respuesta o una modificación que aumente la tasa futura de frecuencia de esa conducta, decimos que ésta ha sido reforzada; si el resultado es una eliminación progresiva de la conducta, decimos que ésta ha sido extinguida. La terapia de modificación de conducta tiene su antecedente en los trabajos del fisiólogo ruso Pavlov y de los psicólogos norteamericanos Watson y Skinner.

Dedicaremos el siguiente capítulo a desarrollar el tema de la terapia de conducta por la importancia que tiene en las escuelas.

La terapia cognitiva trabaja con las formas de pensamiento de los pacientes. Parte del hecho de que muchas de las alteraciones conductuales y emocionales de las personas se derivan de la forma distorsionada y errónea de su forma de pensar acerca de sí mismos, de los demás y de sus experiencias. Magnificar, minimizar, hacer faltas atribuciones, la dicotomía, inferencias arbitrarias y abstracción selectiva son formas de pensamiento distorsionadas que no se ajustan a la realidad y llevan al paciente a hacer juicios negativos que a su vez determinan sus conductas y sus emociones. Así, un pequeño defecto o error, se magnifica dándole más importancia de la debida o las virtudes o logros positivos se minimizan y se les da menos valor que a las cosas negativas, lo que facilita la disminución de la autoestima y la autoimagen. En las falsas atribuciones o personalización, el sujeto se atribuye responsabilidad o culpa injustamente o sin tener conexión alguna con los sucesos de los cuales se responsabiliza. Con el pensamiento dicotómico la persona se sitúa siempre en el extremo negativo de un planteamiento entre extremos. Y en la inferencia arbitraria se piensa y se hacen juicios que no están de acuerdo con la realidad (p. ej., soy muy mal estudiante cuando en realidad se tienen calificaciones normales). Las técnicas de terapia conductual y cognitiva se combinan en la modalidad de terapia cognitiva-conductual.

La terapias de tipo ecléctico utilizan métodos y técnicas de diferentes orientaciones doctrinales sin trabajar exclusivamente en base a alguna de ellas. Ecléctico quiere decir en castellano moderado, conciliador, transigente o imparcial, y estos significados se aplican al terapeuta que trabaja sin parcializarse por alguna escuela de pensamiento determinada sino que trata de conciliarlas. Algunos psiquiatras y psicólogos critican este modo de hacer psicoterapia y defienden la idea de que uno debe hacerse experto en una metodología determinada, pero la realidad es que la mayoría de los profesionales de la psiquiatría trabajan sin apegarse radicalmente a una sola forma de terapia y acostumbran a combinar varias técnicas con un solo paciente. El autor de este libro trabaja fundamentalmente con psicoterapia cognitiva y modificación de conducta, siendo éstas las modalidades terapéuticas que estudian los médicos que se especializan en nuestro Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes.

La modificación de conducta funciona muy bien a todas las edades, pero especialmente con niños pequeños, y la terapia cognitiva con niños mayores y los adolescentes siempre que tengan una capacidad de razonamiento normal.

III

LOS MÉTODOS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Modificar la conducta de un organismo viviente, en este caso de niños, se refiere básicamente a dos objetivos: aumentar, reducir o eliminar una determinada conducta. Se trataría de aumentar la frecuencia de conductas deseables y de reducir o eliminar las indeseables. Se trabaja exclusivamente con un esquema de estímulos y respuestas. Los organismos emiten respuestas de tipo fisiológico ante estímulos sin que se haya dado previamente un proceso de aprendizaje o de condicionamiento. Son respuestas de carácter involuntario, naturales, como el movimiento de la pierna ante un golpecito en la rodilla, el pestañeo cuando se acerca un estímulo al ojo, o la salivación cuando se ve o se mete en la boca

una sustancia ácida o simplemente comida. Estas son conductas llamadas reflejos incondicionados. Pero la gran mayoría de las conductas de las personas no corresponden a esta clase de reflejos, son conductas voluntarias que al producirse provocan respuestas o cambios en su ambiente inmediato, que provocan ya sea un aumento o una disminución de la frecuencia de emisión de esas conductas. Son conductas operantes.

Las conductas reflejas del primer tipo pueden emitirse cuando al estímulo original que las provoca se asocia otro estímulo neutro, o sea, que no tiene de por sí la capacidad de provocar esas respuestas en el organismo. Así, un sonido no es capaz por sí solo de hacer que el animal o el individuo produzca saliva, pero si cada vez que a éste se le presenta el objeto que estimula la salivación como la comida, acompañado simultánea y repetidas veces con un sonido cualquiera, la respuesta de salivar se producirá en el futuro al escuchar aquél el sonido. El estímulo sonoro adquiere la propiedad de provocar la salivación sin necesidad de que vaya acompañado de la visión de la comida. Se ha logrado condicionar la respuesta refleja a otro estímulo que en principio era neutral en relación a ella, lo que se denomina reflejo condicionado.

Las conductas operantes también pueden ser condicionadas para que su tasa de frecuencia aumente o disminuya ante determinadas consecuencias, lo que se llama condicionamiento operante. La frecuencia, intensidad, y persistencia de una conducta operante estaría condicionada a cambios contingentes a ella. Si una conducta operante aumenta su frecuencia y o su intensidad, se dice que ha sido reforzada. Si disminuye o se elimina del todo, se dice que ha sido extinguida o está en vías de extinción. Los teóricos de la ciencia de la conducta piensan que la conducta humana se basa fundamentalmente en estos principios. Los premios, por ejemplo, son una forma de reforzamiento, mientras que los castigos lo son de extinción.

En un aula de clases, un niño muestra mucho interés en participar y cada vez que el maestro hace una pregunta, él levanta la mano pero sin conseguir que lo tomen en cuenta. Si esto sucede muchas veces sin que le permitan dar su respuesta, es posible que su conducta de levantar la mano se extinga o disminuya mucho su frecuencia. En otro caso, un alumno que estudia todo lo que puede en una materia determinada pero siempre la fracasa, su conducta de tomar el libro de esa materia y sentarse a estudiarla se hará menos frecuente y menos intensa, o se extingue. En el lenguaje no técnico de esta ciencia, se diría que la conducta de estudiar esa asignatura se ha debilitado o que el estudiante perdió interés. Si un educador le responde con malos gestos o gritos a un estudiante que constantemente se le acerca a hacerle preguntas sobre temas que no entiende en clase, la conducta de éste de acercarse a aquél se irá extinguiendo: las respuestas del maestro, o dicho de otra manera, el cambio que la conducta del alumno produce en el maestro no es reforzante: es una respuesta aversiva que disminuye la posibilidad de que la conducta de acercamiento del estudiante disminuya en frecuencia.

Un ejemplo muy común es el del joven que al ir a decir una poesía o una lección delante del grupo es objeto de burla de parte de los compañeros, se pone muy ansioso y avergonzado, y en el futuro cuando tiene que volver a hacerlo, ya antes de pararse delante de la clase, desarrolla síntomas de ansiedad como sudoración, ganas de ir al servicio, bloqueos verbales o mutismo. La ansiedad en este caso ha quedado ligada al acto de hablar en público; se ha producido un condicionamiento. Antes el estudiante podía hablar en público sin sentirse incómodo, pero a partir del episodio en el que se sintió humillado, no puede hacerlo sin sentirse muy nervioso y tiende a evitar esas situaciones o huir de ellas. Puede ser que la próxima vez que tenga que dar una lección o una poesía en público se excuse por «estar enfermo» y se quede en casa. La conducta de «hablar en público» obtiene respuestas aversivas, inicialmente externas y posteriormente internas como la ansiedad.

Las calificaciones altas son ejemplo de reforzamiento de la conducta de estudiar, que en términos operativos es una conducta compleja compuesta de otras que se encadenan como:

tomar el libro, abrirlo, leerlo con atención. Muchas de las conductas a las que me referiré habría que definirlas de esta manera, pero me permitiré la licencia de nombrarlas como se utilizan en el lenguaje no técnico por razones de economía de tiempo y para no confundir al lector. Los elogios a un estudiante que ha mostrado una conducta tranquila o de colaboración son otra forma de reforzar estas conductas y por tanto que aumente su frecuencia.

Casi todas las conductas que pueden reforzarse o extinguirse, se dan o se han dado ya en la vida de la persona, no son nuevas. Lo que sucede es que al emitirse se dan consecuencias que afectan su probabilidad de seguirse emitiendo o no. Se dan casos, especialmente en el entrenamiento de ciertas habilidades, que es necesario crear conductas nuevas, pero incluso así, éstas se componen de otras más simples ya existentes en el repertorio de conductas del individuo o del animal y solamente se han reorganizado y encadenado en una secuencia para desarrollar una conducta más compleja. Esto se denomina moldeamiento de conductas.

Se empieza por reforzar unidades de conducta simples y posteriormente unidades más grandes o complejas. Ejemplo de moldeamiento puede ser cuando un niño tiene que aprender a escribir: primero tiene que adquirirse la conducta de colocar la mano en la posición adecuada para agarrar bien el lápiz; después la colocación correcta del brazo; posteriormente el movimiento de la mano para hacer los primeros trazos de las letras; a continuación el trazado completo de la letra o el número. El reforzamiento de estos pasos es casi imperceptible en niños normales y el hecho de lograr un buen trazo, o que la maestra le diga «muy bien», o ver la letra terminada y muy similar a la que le sirve de modelo, son consecuencias que van reforzando estas conductas simples para finalmente quedar reforzado todo el proceso.

Podemos resumir lo dicho hasta ahora recordando que:

- Condicionamiento operante: el proceso por el cual un cambio en el ambiente queda ligado a la disminución o el aumento de una conducta operante.
- Refuerzo de una conducta es todo cambio que le sigue en el tiempo y que produce un aumento de su frecuencia futura, de su intensidad y de su persistencia.
- Extinción de una conducta es todo cambio que le sigue en el tiempo y que produce una disminución o extinción de la misma.
- Estímulos aversivos son aquellos cambios que siguen a una conducta y que provocan en el individuo reacciones de ansiedad, temor o desagrado.
- Evitación es cuando un individuo (persona o animal) emite conductas que lo alejan de estímulos aversivos.
- Moldeamiento: el desarrollo de una conducta mediante el refuerzo sucesivo de sus unidades componentes más simples.

El reforzamiento de conductas puede darse en dos modalidades diferentes pero que conducen a lo mismo: el aumento y consolidación de la conducta. Se trata del reforzamiento positivo y del reforzamiento negativo. En el primero, la conducta se refuerza por que el cambio que se produce en su ambiente inmediato actúa directamente sobre la conducta: es un reforzador positivo. En el segundo, la conducta se refuerza por que el cambio producido elimina o reduce una situación o estímulo e indirectamente produce un aumento en la frecuencia o la intensidad de una conducta. Ejemplos de reforzamiento positivo es cuando después de emitida la conducta le sigue un elogio, una caricia, un premio material, un gesto afirmativo o de reconocimiento, una buena calificación, un aplauso, o cualquiera otra consecuencia placentera.

Ejemplos de reforzamiento negativo son: si elimino del ambiente un ruido molesto que no deja a un niño concentrarse, aumenta entonces su «conducta de estudiar»; si el dentista a cuyos procedimientos temen tanto las personas, reduce o elimina de alguna manera las molestias que

aquellos ocasionan, la «conducta de ir a citas con el dentista» o de «sentarse en la silla del dentista» aumenta en vez de darse la evitación; en la escuela, si el maestro levanta un castigo impuesto al grupo y se da como consecuencia un aumento de las «buenas conductas». En lenguaje cotidiano sería como decir que en el reforzamiento positivo «añadimos» algo y en el negativo «eliminamos» algo, pero ambos conducen a lo mismo: el aumento de la frecuencia o de la intensidad de la conducta. Muchas personas confunden el reforzamiento negativo con los métodos de extinción, principalmente el castigo, lo cual es erróneo.

Métodos de reforzamiento de conductas, especialmente en el reforzamiento positivo, son el reforzamiento de razón y el reforzamiento de intervalo. En el reforzamiento de razón los reforzadores se dan de acuerdo a la cantidad de veces que se ha emitido la conducta que se desea reforzar en el individuo y puede ser de razón fija o de razón variable. Cuando es de razón fija, se refuerza la conducta blanco (la que se desea reforzar), a frecuencias fijas: cada vez que se emite, o cada dos o la cantidad de veces que se decida.

En el reforzamiento de razón variable, se puede iniciar por una cantidad fija de veces y posteriormente se pasa a reforzar la conducta en frecuencias no fijas sino variables y arbitrarias: primero cada dos veces, después a la quinta vez, a la tercera, a la séptima, etc., alrededor de un número promedio, de manera tal que el sujeto no sabe cuándo será reforzada la conducta. Es el tipo de reforzamiento que producen los juegos de azar y muchas veces de conductas no deseables en la crianza de los niños como las rabietas.

El reforzamiento de intervalo utiliza el tiempo como criterio para reforzar las conductas. Igualmente puede ser de intervalo fijo cuando el refuerzo se da después de un período fijo de tiempo, como es el caso de los salarios que se pagan cada semana, cada quince días o cada mes; o una carita feliz a un niño en el aula cada quince minutos que pase sin levantarse de la silla, etc. El reforzamiento de intervalo variable utiliza lapsos de tiempo no fijos y que se determinan o suceden en forma aleatoria también sobre un tiempo medio. Los reforzamientos de razón y de intervalo variable, pero especialmente este último, son los que producen reforzamientos más duraderos; o sea, las conductas que se refuerzan de esta manera resultan más difíciles de extinguir.

Un reforzamiento de intervalo variable es cuando una maestra pone atención a la mala conducta de un alumno en algunas ocasiones sin que exista un plan predeterminado de hacerlo, sino que lo hace irregularmente. Si el niño busca atención de esta manera, seguirá haciéndolo porque en cualquier momento puede recibirla. Otro ejemplo es cuando se felicita a un estudiante por su buen aprovechamiento pero no se hace todos los días ni cada dos días, ni cuando se dan las calificaciones mensuales o bimensuales, sino en ciertos momentos no esperados ni planificados. Aquí también se produce un reforzamiento de intervalo variable ya que el alumno no sabe en qué momento se le elogiará y se mantiene en su buen aprovechamiento.

Cuando se elige una conducta blanco a modificar, se suele iniciar por un programa de reforzamiento fijo (ya de sea de razón o de intervalo dependiendo del tipo de conducta), y se pasa después, cuando la conducta alcanza ya una frecuencia estable, a un patrón de refuerzo variable. Las conductas que pueden dividirse en unidades discretas son aptas para los reforzamientos de razón (trabajos realizados, respuestas acertadas a preguntas, buenas obras, etc.). Otras conductas solo pueden ser medidas en unidades de tiempo (segundos, minutos, horas, días) y son las que se refuerzan a base de intervalos fijos o variables (el tiempo que un niño se queda sentado, el tiempo que fija la mirada en el libro o el tablero, etc.).

Un fenómeno que puede producirse, especialmente con los métodos de reforzamiento fijos, especialmente con el de razón fija, es el de la saciedad, que consiste en que el refuerzo ya no produce aumento de la conducta y ésta empieza a extinguirse. Otra vez en lenguaje no técnico, se puede decir que «se pierde el interés». Por tal motivo es importante no solamente

variar los reforzadores, sino establecer patrones variables de reforzamiento después de un tiempo. La saciedad es común en niños que reciben «premios» materiales cada vez que hacen una tarea o sacan una buena nota. Si no se refuerza la actitud hacia el estudio y el trabajo de otra manera, esta forma de reforzarla pierde eficacia por la saciedad, especialmente en niños que tienen de todo.

Los reforzadores que se utilizan intencionalmente como consecuencia de las conductas que se desea aumentar o intensificar, pueden ser materiales (golosinas, pequeños juguetes, estampillas, calcomanías, figuritas, caritas felices en el cuaderno, etc.,), o sociales (elogios, abrazos, besos exclamaciones, gestos aprobatorios, aplausos, etc.). Los niños no responden igual a los diferentes reforzadores, ya que eso depende de su temperamento, de su historia personal en cuanto a experiencias con reforzadores, del fenómeno de la saciedad, y del significado que tenga cada reforzador para cada niño. Lo mejor es utilizar los reforzadores materiales más en los niños pequeños y en los que padecen limitaciones intelectuales, acompañados siempre de un reforzador social, de manera que éste pueda con el tiempo ser el que se aplique en forma variable, o sea, que por sí mismo pueda reforzar la conducta, y los reforzadores materiales se vayan desvaneciendo, es decir, dejando de utilizar.

El llamado sistema de fichas consiste en utilizar algún tipo de fichas como reforzador siempre asociándolas a un valor material: cada ficha tiene un valor preestablecido para adquirir objetos materiales o privilegios, y ese valor se va depreciando con el tiempo a medida que se va logrando la conducta deseada, es decir, lo que antes se podía tener con una ficha, después requerirá de dos, de tres y así sucesivamente.

El aprendizaje de conductas por medio de modelos es otro método de modificación de conductas, y el que funciona en la imitación de personajes reales o de la fantasía (héroes de películas o de series de televisión). Se utiliza muchas veces para eliminar temores de los niños a ciertas situaciones o animales viendo a otros niños o personas adultas hacer lo que ellos temen. También sirve para el aprendizaje de habilidades complejas siguiendo o imitando los pasos del modelo. En esta forma de aprendizaje de conductas puede darse un reforzamiento que inicialmente es vicariante, es decir, el niño ve al modelo obtener una buena respuesta o una consecuencia agradable de su conducta. También es una manera de aprender comportamientos inaceptables, como cuando los jóvenes ve a sus ídolos de televisión o cine realizar actos violentos o criminales sin que existan consecuencias adversas para ellos, sino más bien resultados que los estimulan a continuar con ese tipo de conductas.

Los métodos de extinción de conductas también tienen varias modalidades:

- Castigo.
- Retiro de la atención.
- Reforzamiento de conductas contrarias.
- Sobre corrección.
- Desensibilización.
- Control de estímulos.

El castigo intenta reducir o eliminar una conducta considerada inadecuada o inaceptable haciendo contingente con ella un estímulo aversivo o la supresión de un reforzador positivo. Estímulos aversivos en este caso serían: pegar, regañar, amenazar, insultar, etc. Refuerzos positivos que se pueden retirar como castigo serían por ejemplo, la pérdida de privilegios o beneficios (no salir al recreo, no ver televisión, no ir a una fiesta o a un paseo, quitar algo que se ha dado como un juguete, quitar el habla, etc.). Los estímulos aversivos como los agresivos tienen el inconveniente de que ofrecen al niño modelos inadecuados de los cuales pueden aprender conductas violentas como forma de resolver problemas, pueden causar miedo que

llevan a conductas de evitación y a mentir, así como otros trastornos emocionales (trastornos de sueño, ansiedad, inseguridad y baja autoestima). Por otro lado, intentan eliminar una conducta que se considera mala pero no refuerzan las conductas contrarias.

El retiro de la atención, o ignorar, es otra forma de disminuir la frecuencia de conductas. Aquí se incluye el aislamiento temporal o tiempo fuera» (time out). Cuando la conducta blanco no recibe atención, no se le refuerza y su intensidad y su frecuencia van disminuyendo después de un período inicial en el que más bien aumenta en un esfuerzo por lograr la atención acostumbrada. No todas las conductas se pueden reducir o eliminar de esta manera porque pueden causar daño como es el caso de las conductas violentas, o cuando el comportamiento perturbador de un niño en clases impide el normal funcionamiento de éstas.

Ignorar funciona muy bien en conductas como rabietas y lenguaje obsceno en niños pequeños, malos gestos, hostigamiento verbal, conductas regresivas, simulación de síntomas físicos o emocionales, etc. El tiempo fuera se utiliza cuando una conducta que ha sido ignorada por un tiempo, no solamente no desaparece o disminuye en intensidad, sino que se agrava y se torna insoportable o perjudicial. Se debe aislar al niño en una habitación conocida por él donde no existan peligros potenciales y haya buena iluminación. Se le explica que estará apartado hasta que controle su conducta. Si esto llega a suceder, se le deja salir unos minutos después acordando con él que si se repite la mala conducta vuelve al aislamiento. No se debe practicar este método con niños menores de 5 años que son más propensos a reaccionar con crisis de miedo a estar solos y a sentirse abandonados.

El reforzamiento de conductas contrarias se refiere a tratar de elevar la frecuencia o intensidad de conductas positivas incompatibles con la conducta negativa que el sujeto emite con más frecuencia. Si un niño acostumbra a comportarse agresivamente, se intenta no reforzar estas conductas violentas y sí las de carácter contrario o pacíficas. En otro caso, si un estudiante es tímido y exhibe una alta tasa de conductas de evitación y de huída de situaciones sociales, se refuerza siempre que se den, los intentos de acercamiento o de conductas sociales por débiles que sean. En los niños muy habladores, se les aplica el procedimiento de la no atención para no reforzar esta conducta y se le refuerza la conducta contraria, la de estar callado, poniéndole atención en esos momentos y haciendo contingente otro tipo de reforzador positivo (fichas, caritas felices, etc.).

La sobre corrección es un método por el cual se obliga a la persona a corregir los efectos de su mal comportamiento en forma inmediata y de manera que se logre un resultado mejor a la situación inicial. Si un niño, por ejemplo, en una crisis de rabieta, desordenó toda la habitación, se le hace ordenarla nuevamente y dejarla mejor de como estaba antes de que la desordenara. En otro ejemplo, si un niño agrede a otro y le causa mucho malestar o incluso alguna lesión leve, se le obliga no solamente a pedir perdón sino también a curar al niño lesionado y a hacer algo bueno por él.

La desensibilización es un procedimiento que a través de etapas sucesivas intenta eliminar el temor a un estímulo aversivo (situación, objeto, animal o persona). En este sentido podríamos decir que se está eliminando una conducta de evitación o de huída, pero al mismo tiempo se refuerza la conducta contraria: la de acercamiento al estímulo aversivo. Cuando un estímulo se convierte en aversivo para una persona por un proceso de condicionamiento, provoca siempre reacciones de ansiedad y miedo cada vez que se presenta real o imaginariamente. La desensibilización utiliza una aproximación paulatina, escalonada, al estímulo aversivo, pero teniendo a la persona lo más relajada posible para que la ansiedad no siga estando aparejada con aquél. Esto se aplica en la escuela a niños con temor a hablar delante de la clase, o con miedo a integrarse a grupos de compañeros y otros casos similares. Puede hacerse *«in vivo»*, en situaciones reales, o en situaciones imaginarias (mentales exclusivamente o por medios audiovisuales).

Por medio del control de estímulos, podemos actuar sobre situaciones que provocan la conducta que se quiere extinguir, por ejemplo, si un estudiante inicia un comportamiento agresivo siempre que se le sienta cerca de un determinado compañero debido a la forma en que éste le habla o lo mira, podemos impedir que se dé este tipo de conductas sentándolos lejos uno del otro. Sería como evitar una situación antes de que se dé porque conocemos cómo se genera.

•-EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Cuando se tiene la intención de modificar una conducta determinada, ésta se debe definir operativamente, en términos muy específicos y no generales. Por ejemplo, no se modifica el «portarse mal», sino que se define en qué consiste exactamente portarse mal, como «pararse de la silla sin permiso», «agredir», «escupir», «hablar sin permiso», etc. Incluso, estas conductas tienen que especificarse más para poder observarlas y estudiarlas habiendo concordancia entre los observadores o tratantes de qué es lo que van a observar o modificar. Así, la conducta de pararse de la silla, por ejemplo, podría definirse como cuando la mitad del cuerpo del niño está fuera del espacio correspondiente a la silla; en cuanto a la conducta de agredir, tiene que aclararse si se refiere a dar golpes con la mano y con otros objetos, o a agredir verbalmente o con gestos una vez establecida de esta manera la conducta blanco, se estudia durante un período de tiempo (horas o días) y se anota su frecuencia (línea basal), lo que permitirá posteriormente cuando se inicie el proceso de modificación, saber objetivamente, con observaciones siguientes, si aumenta o disminuye. También se anotarán los hechos que se relacionan con la conducta, o los antecedentes inmediatos, así como las consecuencias de aquélla en su entorno. Lo primero nos ayuda a hacer un control de estímulos y lo segundo a cambiar las consecuencias que refuerzan o extinguen la conducta que se está queriendo modificar.

Las técnicas de modificación de conducta son ampliamente utilizadas en todo tipo de entrenamientos, en las clínicas y en algunas escuelas. En la educación se debe hacer más uso de los métodos de reforzamiento de conductas positivas y menos en el de aplicación de estímulos aversivos, que lamentablemente son los más utilizados. Los estudiantes que presentan trastornos de conducta o emocionales, no reciben los refuerzos positivos suficientes para conductas que exhiben en baja tasa de frecuencia. A los primeros se les castiga habitualmente y a los segundos más bien se les refuerza las conductas mal adaptativas. Es recomendable para todo educador profundizar más en el conocimiento de estos métodos y en su práctica.

ANEXOS

DECLARACIÓN
DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV),
de 20 de noviembre de 1959

PREÁMBULO

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y su determinación de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Considerando que las Naciones Unidas han proclamado en la Declaración Universal de Derechos Humanos que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ella, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, opinión política o de cualquiera otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición,

Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento,

Considerando que la necesidad de esa protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los convenios constitutivos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño,

Considerando que la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle,

LA ASAMBLEA GENERAL

Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principios:

PRINCIPIO 1

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

PRINCIPIO 2

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

PRINCIPIO 3

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

PRINCIPIO 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

PRINCIPIO 5

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiere su caso particular.

PRINCIPIO 6

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

PRINCIPIO 7

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

PRINCIPIO 8

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro

PRINCIPIO 9

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

PRINCIPIO 10

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA SALUD MENTAL

La norma común a todos los pueblos
y naciones de la familia humana.

PREÁMBULO

Considerando que el documento fundacional de la Federación Mundial de la Salud Mental, (FMSM), de 1948, titulado Salud Mental y Ciudadanía Mundial, establece que la salud mental constituye «una promesa formal, reflexiva y responsable hacia la humanidad considerada como un todo» «basada en el libre consentimiento» y en el respeto a las diferencias individuales y culturales»;

Considerando que los seres humanos designados públicamente o diagnosticados profesionalmente y tratados o ingresados como enfermos mentales; o afectados por una perturbación emocional, comparten según los términos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, «la dignidad inherente» y «los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana» y, según los términos del documento fundacional de la FMSM, una «humanidad común» con los otros seres humanos del mundo entero;

Considerando que la organización mundial de la salud define la salud como «un estado de bienestar físico, mental, social y moral completo y no sólo como la ausencia de enfermedad o dolencia»;

Considerando que el diagnóstico de enfermedad mental establecido por un experto en salud mental será conforme a criterios médicos psicológicos, científicos y éticos reconocidos y que la dificultad para adaptarse a valores morales, sociales, políticos u otros no será considerada en sí misma como una enfermedad mental; considerando igualmente que, a pesar

de todo, aún hoy, algunos individuos son designados y diagnosticados en ocasiones como enfermos mentales o tratados y encerrados como tales;

Considerando que las enfermedades mentales graves no sólo obstaculizan la capacidad del individuo para el trabajo, el amor y el ocio, sino que también impiden a su familia o a su comunidad vivir normalmente e imponen a la sociedad una carga permanente de cuidados;

Considerando que la FMSM ha suscrito el principio de la participación del usuario o del consumidor en la planificación, gestión y funcionamiento de los servicios de salud mental;

Considerando que la FMSM reafirma la existencia de las libertades y derechos fundamentales expuestos en la declaración universal de los derechos humanos de las Naciones Unidas de 1948, así como los instrumentos ulteriores de estos derechos;

Considerando que la FMSM reconoce que la aplicación de estos principios exige tener en cuenta las circunstancias culturales, económicas, históricas, sociales, espirituales y otras de las sociedades específicas y respetar en todos los casos los criterios básicos de los derechos humanos que sobrepasan los límites de los grupos políticos y culturales,

El Consejo de Administración de la
FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL,
proclama la presente
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS Y DE LA SALUD MENTAL

ARTÍCULO 1

La promoción de la salud mental incumbe a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales, tanto como a los organismos intergubernamentales, sobre todo en tiempos de crisis. De acuerdo con la definición de salud de la OMS y con el reconocimiento de la preocupación de la FMSM por su funcionamiento óptimo, los programas de salud y de salud mental contribuirán tanto al desarrollo de la responsabilidad individual y familiar en relación con la salud personal y con la de grupos con la promoción de una calidad de vida lo más elevada posible.

ARTÍCULO 2

La prevención de la enfermedad o del trastorno mental o emocional constituye un componente esencial de todo sistema de servicio de salud mental. En este terreno, la formación será difundida tanto entre los profesionales como entre el público en general. Los esfuerzos de prevención deben incluir igualmente, una atención que sobrepasa los límites del sistema mismo de asistencia en salud mental y ocuparse de las circunstancias ideales de desarrollo, comenzando por la planificación familiar, la atención prenatal y perinatal, para continuar a lo largo de todo el ciclo de la vida proporcionando suficientes cuidados generales de salud, posibilidades de educación de empleo y de seguridad social. será prioritaria la investigación sobre la prevención de las afecciones mentales, de las enfermedades y de la mala salud mental.

ARTÍCULO 3

La prevención de la enfermedad y del trastorno mental o emocional y el tratamiento de aquellos que lo sufren exige la cooperación entre sistemas de salud de investigación y de seguridad social intergubernamentales, gubernamentales y no gubernamentales, así como de las instituciones de enseñanza una cooperación semejante comprende la participación de la comunidad y la intervención de las asociaciones de atención mental profesionales y voluntarias, y también de los grupos de consumidores y de ayuda mutua. Incluirá la investigación, la enseñanza, la planificación y todos los aspectos necesarios acerca de los problemas que pudieran surgir, así como la prestación de servicios directos.

ARTÍCULO 4

Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados tratados o definidos como o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos. Comprenden el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano, y cualificado con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o de su limitación injusta a causa de convicciones políticas, socio-económicas, culturales éticas, raciales, religiosas de sexo, edad u orientación sexual; el derecho a la vida privada y a la confidencialidad; el derecho a la protección de la propiedad privada; el derecho de la protección de los abusos físicos y psicosociales; el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional; el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado cínico. El derecho al tratamiento médico incluirá la hospitalización, el estatuto de paciente ambulatorio, y el tratamiento psicosocial apropiado con la garantía de una opinión médica, ética y legal reconocida y, en los pacientes internados sin su consentimiento, el derecho a la representación imparcial, a la revisión y a la apelación.

ARTÍCULO 5

Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal. El tratamiento se realizará dentro de un cuadro conocido y aceptado por la comunidad, de la manera menos molesta y menos restrictiva posible. En este sentido, será positivo que se aplique lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia, la comunidad, los profesionales o el Estado. El tratamiento de las personas cuyas posibilidades de gestión personal se hayan visto mermadas por la enfermedad, incluirá una rehabilitación psicosocial dirigida al restablecimiento de las aptitudes vitales y se hará cargo de sus necesidades de alojamiento, empleo, transporte, ingresos económicos, información y seguimiento después de su salida del hospital.

ARTÍCULO 6

Todas las poblaciones contienen grupos vulnerables y particularmente expuestos a la enfermedad o trastorno mental o emocional. Los miembros de estos grupos exigen una atención preventiva, y también terapéutica, particular, al igual que el cuidado en la protección de su salud y de sus derechos humanos. Se incluyen las víctimas de las catástrofes naturales, de las violencias entre comunidades y la guerra, las víctimas de abusos colectivos, comprendidos aquéllos que proceden del Estado; también los individuos vulnerables a causa de su movilidad residencial, (emigrantes, refugiados), de su edad (recién nacidos, niños, ancianos), de su estatuto de inferioridad (étnica, racial, sexual, socio-económica), de la pérdida de sus derechos

civiles (soldados, presos) y de su salud. Las crisis de la vida, tales como los duelos, la ruptura de la familia y el paro, exponen igualmente a los individuos a estos riesgos.

ARTÍCULO 7

La colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental. La responsabilidad pública incluirá la disponibilidad de servicios de salud mental especializados, en la medida de lo posible dentro del contexto de una infraestructura de atención primaria, así como una educación pública referida a la salud y a la enfermedad mental y a los medios de que se dispone para contribuir a la primera y hacer frente a la segunda.

ARTÍCULO 8

Ningún Estado, grupo o persona puede deducir nada de la presente Declaración que implique derecho alguno a abrazar una confesión o a comprometerse en cualquier actividad que conduzca a la destrucción de ninguno de los derechos o libertades citadas previamente.

LEY Nº 42 POR LA CUAL SE ESTABLECE LA EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

(Extracto)

CAPÍTULO II
ACCESO A LA EDUCACIÓN

ARTÍCULO 18. Las personas con discapacidad tienen derecho a la educación en general, a la formación profesional y ocupacional y a los servicios rehabilitadores y psico educativos eficaces que posibiliten el adecuado proceso de enseñanza-aprendizaje. Para tal fin, los centros educativos oficiales y particulares deberán contar con los recursos humanos especializados, tecnologías y métodos actualizados de enseñanza.

ARTÍCULO 19. La persona con discapacidad se incluirá en el sistema educativo regular, el cual debe proveerle los servicios de apoyo y las ayudas técnicas que le permitan el acceso al currículo regular y a la equiparación de oportunidades. La educación especial será garantizada e impartida a aquellas personas que, en razón de su discapacidad, lo requieran dentro del sistema educativo regular. La educación especial será coordinada por el Ministerio de Educación en su calidad de ente rector del sector educativo, a través del Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE) y de otras entidades públicas dedicadas a la rehabilitación y educación especial para discapacitados.

ARTÍCULO 20. Cuando los requerimientos de apoyo sean de tal complejidad y magnitud que excedan la capacidad de servicios dentro del aula regular, el Estado garantizará estos

servicios en los centros o unidades de apoyo dentro del sistema educativo regular. Igualmente regulará las políticas de comunicación y capacitación para las personas con discapacidad y garantizará la contratación de personal idóneo para su implementación.

ARTÍCULO 21. El Ministerio de Educación generará las condiciones que faciliten adecuaciones y/o adaptaciones curriculares, con la suficiente flexibilidad que permitan responder a las necesidades educativas en la diversidad.

ARTICULO 22. En los casos en que se interrumpa o no se pueda iniciar el proceso educativo de habilitación o rehabilitatorio de las personas con discapacidad, ya sea por la carencia de recursos por parte de sus familias o porque viven en áreas de difícil acceso, el Estado destinará los recursos financieros que les aseguren el ejercicio de sus derechos de habilitación, educación y rehabilitación. Para estos fines, el Estado, a través de las entidades competentes, creará programas para garantizar a la población con discapacidad su estadía, alimentación, transporte, materiales didácticos, apoyos técnicos y todo lo relativo a su seguridad física y psíquica, en un ambiente sano que estimule el desarrollo de sus potencialidades.

ARTÍCULO 23. Para posibilitar la inserción laboral de las personas con discapacidad en el mercado laboral, el Estado junto con la empresa privada, las organizaciones civiles y no gubernamentales, promoverán, en los centros de enseñanza, programas de capacitación conforme con las necesidades del mercado laboral.

BIBLIOGRAFÍA

Ausubel D.P., Sullivan E.V. El Desarrollo Infantil.Paidós, 1983.
Avellanosa Caro I. La Salud Mental Infanto-Juvenil en España. Revista Pediátrica de Atención Primaria. Vol. 1, No 3. Jul/Sept. 1999.
Bakwin H, Bakwin R.M. El Desarrollo psicológico del niño: normal y patológico. Nueva Editorial Interamericana. México, 1974.
Barkley R.A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbok for Diagnosis and Treatment. The Guilford Press, 1990.
Bucher H. Trastornos psicomotores en el niño. Masson, 1973.
Cardoze D., Roca A. ¿Educación Hoy: Formación o Deformación? Editorial Universitaria. Panamá, 1984.
Cardoze D., Rodríguez Sacristán J. Temas de Psiquiatría y Psicología del Niño.Editorial Temas. Panamá, 1985.
Hales R., Yudokfsky S.C., Talbott J.A. Tratado de Pasiquiatría. Tercera Edición. Masson, 2000.
Kanner L. Psiquiatría Infantil. Ediciones Siglo Veinte, 1976.
Lewis M. Child and Adolescente Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 2nd Edition. Williams & Wilkins,.Baltimore, 1996.
Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. Ley No. 42 por la cual se establece La "Equiparación de Oprortunidades para las Personas con Discapacidad". Panamá, 2001.
Nelson W.E., Vaughan V.C., McKay R.J. Tratado de Pediatría. Salvat, 1980.
Oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/68_sp.htm
Psicoactiva. www.psicoactiva.com/cie10

Rutter M., Herzov L. Child Psychiatry: modern approaches. Blackwell Scientific Publications, 1977.
Rutter M., Schopler E. Autism: A reppraisal of Concepts and Treatment. Plenum Press, 1978.
Skinner B.F. Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella, 1974.

Este libro se terminó de imprimir en los
Talleres de la Impresora La Nación,
Editorial Mariano Arosemena
INAC
2005